

# neue AKZENTE

...bietet Hilfe bei Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter

Aus der Praxis

## ADHS – betrifft ALT und JUNG



- ADHS bei über 60jährigen
- Den richtigen Gang einlegen –  
Führerschein mit ADHS
- Berlin – Mitgliederversammlung,  
Patiententag 2011

**ADHS**  
**DEUTSCHLAND e.V.**  
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS



Liebe Mitglieder,  
liebe Leserinnen und Leser,

endlich wird verstanden, dass ADHS nicht nur ein Thema für Kinder und Jugendliche darstellt. Ein Arzneimittel zur Behandlung der ADHS bei Erwachsenen hat die Zulassung erhalten und der gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt künftige Behandlungsmöglichkeiten für Erwachsene mit ADHS. Die Schritte sind klein und manchmal mühsam – aber sie gehen nach vorne und nicht permanent zurück.

Auch wir haben diesmal einen Beitrag gewählt, der das Alter betrifft, vielleicht findet sich der eine oder andere in den Ausführungen von Frau Dr. Simchen wieder.

Außerdem berichten wir Ihnen von den Neuerungen in unserem Verband: Am 28.05.2011 hat die Mitgliederversammlung einen neuen Vorstand gewählt. Hartmut Gartzke, unser neuer 1. Vorsitzender, möchte sich bei Ihnen vorstellen, lesen Sie mehr auf Seite 24.

Wir hoffen, dass Sie gesund und gut erholt nach Ihrem Sommerurlaub wieder in den Alltag zurückgekehrt sind und wünschen Ihnen und uns weiterhin positive Überraschungen in der ADHS-Entwicklung.

Ihre

Dr. Myriam Menter

---

## Impressum neue AKZENTE

Zeitschrift des ADHS Deutschland e.V.  
ISSN 0948-4507

**Herausgeber und Verleger**  
ADHS Deutschland e.V.  
Postfach 410724, 12117 Berlin  
Telefon: 030/85 60 59 02  
Fax: 030/85 60 59 70  
info@adhs-deutschland.de  
www.adhs-deutschland.de

**Redaktion**  
Dr. Myriam Menter (Leitung)  
Jürgen Gehrman  
Renate Meyer  
Karin-Gisela Seegers  
Dr. Johannes Streif  
Vera-Ines Schüpferling

**Redaktionsanschrift**  
Bundesgeschäftsstelle  
ADHS Deutschland e.V.  
Poschingerstr. 16  
12157 Berlin

Telefon: 030/85 60 59 02  
Fax: 030/85 60 59 70  
akzentel@adhs-deutschland.de

**Bankverbindung ADHS Deutschland e.V.**  
Hannoversche Volksbank  
Konto-Nr. 0 221 438 500  
BLZ 251 900 01

**Auslandsüberweisungen:**  
IBAN DE36251900010221438500  
BIC VOHADE2H

**Gesamtgestaltung und Desktop-Publishing**  
Heiko Assmann,  
freiberufl. Computergrafiker  
und freiberufl. Fotojournalist.  
www.heiko-assmann.de

**Druck**  
BUD, Potsdam.

**Erscheinungsweise**  
3 - 4x jährlich  
Auflage: 4000 Exemplare

## Bezug

Einzelhefte auf Anfrage, für Mitglieder des ADHS Deutschland e.V. kostenlos.

## Copyright

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge und Fotos sind urheberrechtlich geschützt.  
Nachdruck und Vervielfältigung aller Art nur mit Genehmigung des Verbandes.

Redaktionsschluss für nächste Ausgabe: 01. Oktober 2011

## Fotonachweis

Aktive der Landes- und Regionalgruppen  
Titelfoto: „Menschen“, S. 28 u. S.29  
Fotojournalist Heiko Assmann

Die Redaktion freut sich über die Einsendung von Manuskripten. Sie behält sich nach Rücksprache die Kürzung und Bearbeitung von Beiträgen vor. Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden. Die mit dem Verfassernamen gekennzeichneten Beiträge und Leserbriefe geben die Auffassung der Autoren wieder und nicht unbedingt die Meinung des Verbandes. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr. Die Berichte sind teilweise Erfahrungsgut und sollen der Meinungsbildung dienen.

## FACHBEITRÄGE

### Aus der Praxis

*Dr. Helga Simchen*

#### 04 Das Aufmerksamkeitsdefizit-syndrom bei über 60jährigen

*Dipl.-Psych. Christian Skaletz & Nils Lang*

#### 07 Wirksamkeit des Marburger Konzentrationstrainings bei Kindern mit ADHS

## AKTUELLES

*Bericht einer Ärztin*

#### 14 Über die Schwierigkeiten bei der Behandlung von ADHS-Kranken im Erwachsenenalter

*Marie-Luise*

#### 16 Den richtigen Gang einlegen – Führerschein machen mit ADHS

*Dr. Johannes Streif*

#### 18 Ausschreibung Film „AD(H)S in 30 Sekunden“

#### 19 Eltern stützen – Kinder stärken Vorstellung des DRK-Zentrums Plön

#### 20 Kriterien zur Bewertung von Kliniken

#### 22 Der wissenschaftliche Beirat stellt sich vor

*Prof. Dr. Klaus-Peter Lesch  
PD Dr. Alexandra Philipsen*

## BERICHTE

### ADHD Europe

*Dr. Myriam Menter*

#### 23 „The many faces of ADHD“ Mitgliederversammlung des ADHD Europe aisbl

### ADHS Deutschland e. V. – bundesweit, landesweit, regional

*Hartmut Gartzke*

#### 24 „Worte an den Verband“

*Sabine Nicolei*

#### 26 Berlin – Mitgliederversammlung, Patiententag 2011

*Patrik Boerner*

#### 28 Kinder mit AD(H)S – das pure Vergnügen!

*Frederik*

#### 30 Jugendveranstaltung in Berlin

*Walter Sonnenmoser*

#### 31 Der erste Flug des jungen U.

*Uwe Metz*

#### 32 Didacta 2011 – in Stuttgart

*Uwe Metz*

#### 33 Brüllen hilft

14. Deutscher Kinder- und Jugendhilfetag in Stuttgart

*Brigitte Wolf*

#### 33 Lohnendes Wochenende in Münster

Bericht über die Gruppenleiter-schulung 2011 der LG NRW

*ADHS Deutschland e. V.*

#### 35 Kongress 2011 der DGKJP in Essen vom 02.-05.03.2011

#### 36 Regionalgruppenberichte

In alphabetischer Reihenfolge

#### 43 Spenden und Fördergelder im Jahre 2010 (Teil 2)

## BEGLEITSTÖRUNGEN

*Dr. Klaus Skrodzki*

#### 40 ADHS – Einnässen als Zufalls-befund oder Komorbidität

## ALLGEMEINES

### Sie fragen – Experten antworten

#### 41 Verkehrsmedizinisches Gutachten bei ADHS vor Zulassung zur Führerscheinprüfung

*Dipl.-Päd. Detlef Träbert*

#### 42 Kinderwachstumsbeschleunigungsgesetz (KiWaBez)

## MEDIEN REZENSIONEN

*Dipl.-Päd. Detlef Träbert*

#### 44 Gerhard Roth: „Bildung braucht Persönlichkeit. Wie Lernen gelingt.“

*Uwe Metz*

#### 45 Jesper Juul: „Elterncoaching: Gelassen erziehen“

*Dipl.-Päd. Detlef Träbert*

#### 46 Remo H. Largo: „Lernen geht anders. Bildung und Erziehung vom Kind her denken“

## TERMINE

#### 48 Termine Weiterbildung Telefonberatung E-Mail-Beratung Junges Beraternetz

## VERBANDSDATEN

#### 50 Geschäftsführender Vorstand Weitere Vorstandsmitglieder Unterstützung des Verbandes Wissenschaftlicher Beirat Landesgruppenleiter Jugendteam

#### 52 Telefonberatung

# Das Aufmerksamkeitsdefizit-syndrom bei über 60jährigen

Ein Erfahrungsbericht aus der Praxis



Dr. Helga Simchen

## „AD(H)S-60-Plus“ zu beschreiben gleicht einer Zeitreise durch die Geschichte des AD(H)S.

Aus meiner 16jährigen Tätigkeit im AD(H)S-Kompetenzzentrum in Mainz und der Behandlung von weit über 2000 Patienten mit AD(H)S konnte ich viel darüber erfahren, wie es älteren Menschen mit AD(H)S geht. Die meisten Informationen über diese Generation lieferten mir deren Kinder oder Schwiegerkinder, die wiederum als Eltern ihr Kind zur Diagnostik und zur Behandlung eines AD(H)S in meiner Praxis vorstellten.

Nur sieben kamen als Patienten selbst, die meisten begleiteten ihre Enkelkinder in die ärztliche Praxis und berichteten spontan oder auf Nachfrage über ihre Kindheit oder ihren eigenen Lebensweg. Nur ganz vereinzelt kamen sie als Eltern junger Erwachsener, aber dann waren die Probleme von großer Tragweite.

Die Praxis zeigt, dass AD(H)S in jedem Fall über ein breites genetisches Spektrum vererbt wird, als Veranlagung oder Beeinträchtigung im Erwachsenenalter weiter bestehen bleiben kann, aber in seinem Verlauf vom sozialen Umfeld und vom Grad der Belastung geprägt wird. Der familiäre Stammbaum Betroffener bietet meist ein breites Spektrum AD(H)S-bedingter Störungen mit vielen interessanten Menschen und deren noch interessanteren Lebensläufen, denn das Leben der Generation über 60 mit AD(H)S im genetischen Profil verlief selten gradlinig. Sie lernten viele Klippen und Hürden zu nehmen und ahnten nicht, warum gerade sie sich viel mehr als andere anstrengen mussten und es ihnen trotzdem nicht so gut gelang wie den anderen. Erst jetzt durch die Diagnose ihrer Enkel erfuhren sie von einer Störung in der Informationsverarbeitung, deren

Symptome ihnen schon längst bekannt waren, die sie aber nicht deuten und nirgends zuordnen konnten. Sie spürten nur immer wieder, dass sie irgendwie anders reagierten, ständig eine innere Unruhe spürten mit stets vielen neuen Gedanken im Kopf, aber auch manches viel besser durchschauten.

Die meisten Großeltern von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S, die Probleme in der Kindheit und/oder im Jugendalter hatten, begannen nach Kenntnis der AD(H)S-Problematik viele Ereignisse aus ihrer Kindheit anders zu sehen und konnten so ihr damaliges Verhalten besser verstehen. Allen gemeinsam war, dass sie sich spontan vorwiegend an Negatives erinnerten. Die Frage nach positiven Erlebnissen konnten sie oft erst nach einiger Zeit des Überlegens zögerlich beantworten. Über Schwierigkeiten in der Schule, in der Familie, mit Freunden und bei der Berufsausbildung berichteten fast alle.

In den meisten Familiengeschichten mit AD(H)S-Betroffenen 60-Plus findet sich eine Häufung AD(H)S-typischer Begleit- und Folgeerkrankungen und dann gibt es in vielen Familien noch einen Außenseiter, zu dem der Kontakt meist abgebrochen wurde.

Aus den Berichten der Jugendlichen und ihrer Eltern, sowie der Betroffenen selbst über ihre jetzige Befindlichkeit könnte man die Generation AD(H)S-60-Plus schematisch in drei Gruppen einteilen:

**Die erste Gruppe ist mit sich ganz zufrieden, die Betroffenen waren erfolgreich im Beruf und erreichten mit scheinbar gutem Selbstwertgefühl eine gute Lebensqualität.**

Sie waren nicht so stark vom AD(H)S betroffen, lernten damit umzugehen und dessen Vorteile genießen. Sie waren mit sich zufrieden, im Beruf erfolgreich, weil sie ihre Kreativität und weitere Vorteile einbringen konnten. Sie hatten einen passenden Partner gefunden (meist natürlich auch mit einer AD(H)S-Veranlagung), sich ein angenehmes soziales Umfeld geschaffen, dass sie so wie sie waren, akzeptiert. Sie stehen noch aktiv im Leben, sind geistig und körperlich sehr aktiv und noch immer gefragt wegen ihrer Kreativität. Sie würden es zu Hause auch gar nicht lange aushalten, sie müssen unter Leute und etwas bewegen. Sie sind immer unterwegs als Person oder in Gedanken.

Sportvereine, Reisen, Enkelkinder betreuen, freiwillig helfen, Weiterbildungsveranstaltungen besuchen, selbst durchführen oder organisieren, das ist ihre Welt.

Zu dieser Gruppe gehören auch viele bekannte Persönlichkeiten mit hellen Köpfen in allen gesellschaftlichen Bereichen. Es sind die Kreativen, die Erfinder, die Mutigen, die die Gesellschaft voranbringen. Viele Künstler, ehemalige Spitzensportler, erfolgreiche Wissenschaftler, Moderatoren, Talkmeister und Kabarettisten fallen mir ein, denen ich eine AD(H)S-Veranlagung zuschreiben würde. Leider darf ich ihre Namen nicht nennen.

Ob diese hervorragenden Persönlichkeiten alle schon über 60 Jahre alt sind, vermag ich nicht zu entscheiden. Denn eines ist sicher, die meisten Menschen mit AD(H)S altern langsamer, sie wirken wesentlich jünger.

Ursache dafür mag ihre geistige Kreativität, ihre motorische Beweglichkeit und ihr ständiger Erkundungstrieb sein.

**Menschen mit AD(H)S sind immer unterwegs, ohne wirklich am Ziel anzukommen, soweit sie überhaupt eins haben. Aber ihr Tatendrang, ihr Optimismus, ihre Kampfeslust, ihr soziales Engagement, ihre Bewegungsfreudigkeit sind es, was sie geistig und körperlich fit hält. Sie dürfen sich nur nicht ausnutzen lassen und sich nicht überfordern, sonst droht ihnen ein Burnout.**

Beispiele für ihre soziale Hilfsbereitschaft bieten uns täglich die vielen älteren, aber noch sehr aktiven Mitglieder von AD(H)S- und anderen Selbsthilfegruppen, die ihre ehrenamtliche Arbeit mit Begeisterung machen und für Betroffene eine unschätzbare Hilfe sind. Ich habe viele von ihnen persönlich kennen und schätzen gelernt und ihren Elan trotz 60-Plus bewundert. Das Gefühl, gebraucht zu werden und anderen zu helfen, ist es, was sie jung erhält.

**Eine etwa zahlenmäßig gleich große zweite Gruppe von AD(H)S-Betroffenen 60-Plus braucht aber unsere Hilfe.**

Sie leiden an psychischen und/oder psychosomatischen Störungen unterschiedlicher Schwere, die meiner Meinung und Erfahrung nach größtenteils aus dem AD(H)S-Spektrum stammen. Leider wird das immer noch nicht von vielen ihrer Therapeuten so gesehen, so dass sie noch zu wenig ursachenorientierte Hilfe erhalten. Viele von ihnen werden noch immer nach überholten Standards unzureichend behandelt. Das wären ein medizinischer Schwerpunkt und ein vorrangiger gesellschaftlicher Auftrag, so schnell wie möglich durch interdisziplinäre Zusammenarbeit die Betreuung dieser Betroffenen zu verbessern.

Leider „verschließen“ sich die Betroffenen dieser Gruppe und sie sind sehr skeptisch gegenüber jeder neuen Erkenntnis. Sie leben oft sehr zurückgezogen, haben resigniert und ihr Leben irgendwie eingerichtet, sich Meinungen

gebildet und für sich Strukturen geschaffen, die sie nicht wieder aufgeben wollen und von allein auch nicht können. Die meisten von ihnen haben negative Erfahrungen mit den verschiedensten therapeutischen Hilfsangeboten gemacht. Leider war es auch in der Vergangenheit so, dass keiner so richtig wusste, wie man diesen Menschen wirksam helfen kann.

Zu dieser Gruppe möchte ich auch die Betroffenen zählen, die Ende 50 Anfang 60 sind und ausgelaugt mit letzter Kraft noch ihren beruflichen Pflichten nachgehen. Mit depressiver Verstimmung können sie sich im Beruf nicht mehr behaupten, sie und ihre Vorgesetzten sind unzufrieden. Sie streben eine Frühpensionierung oder den vorzeitigen Ruhestand an.

Andere AD(H)S-Betroffene dieser Altersgruppe, die schon frühzeitig arbeitsunfähig wurden, am häufigsten wegen therapieresistenter Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen berichten: „Dass sie austerapiert seien oder eine gespaltene Persönlichkeit haben“. Oft verbirgt sich dahinter ein AD(H)S. Konnte es nachgewiesen werden, erfuhren sie die Ursache ihrer Symptome und deren Therapiemöglichkeiten. Tatsächlich konnten nach einer begonnenen Therapie einige von ihnen bald wieder ihrem Beruf nachgehen, den Haushalt besser führen und somit ihre Lebensqualität verbessern.

Wenn es gelänge, die Mitglieder dieser Gruppe zu motivieren, sich einem AD(H)S-Spezialisten für Erwachsene vorzustellen, könnte vielen von ihnen geholfen werden. Ich meine hiermit nicht nur durch Verschreiben von Medikamenten, davon haben sie meist genug in ihren Schränken, sondern ihnen erst einmal verständlich vermitteln, was sie haben und warum manches in ihrem Leben so anders lief.

Aber es gibt leider zurzeit noch zu wenig AD(H)S-Spezialisten für Erwachsene. Der erste Schritt ist getan: Die Medikamente für die Behandlung von Erwachsenen mit AD(H)S sind zugelassen und damit wird AD(H)S offiziell zur definierten Krankheit im Sinne der Krankenkassen. Die Kostenübernahme sollte damit geregelt sein.

Eine medikamentöse Behandlung dieser Altersgruppe ist sehr schwierig, weil viele von ihnen schon an manifesten organischen Erkrankungen leiden, bei denen die Verordnung von Methylphenidat schwierig bis unmöglich ist. Am häufigsten sind es Bluthochdruck, Herzkreislaufprobleme, Depressionen, Borderline- und Angststörungen, Burnout und Suchterkrankungen. Stressassoziierte Autoimmunkrankheiten der Schilddrüse (Hashimoto-Thyreoiditis) oder Fibromyalgie-Symptome fand ich immer wieder gehäuft in dieser Altersgruppe. Ein großes Forschungsgebiet erwartet uns hier in Zukunft.

**Im nächsten ICD 11, dem internationalen Verzeichnis von psychischen Krankheiten, wird AD(H)S bei Erwachsenen erstmalig eine Nummer und eine Klassifikation erhalten. Ein großer Fortschritt und ein wichtiger Meilenstein in der Geschichte des AD(H)S, die bisher von vielen Irrtümern und Unsicherheiten geprägt wurde und noch immer wird.**

Von diesem wissenschaftlichen Fortschritt könnten die Betroffenen dieser zweiten Gruppe profitieren, wenn sie dazu noch die Kraft und den Mut haben. Hierzu gehört eine große Gruppe Betroffener, es sind vorwiegend Frauen, die an Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen leiden oder verhaltensauffällig mit Borderline-Struktur chaotisch, dominant und wenig kooperativ sind.

Eine weitere Gruppe von AD(H)S-Frauen 60-Plus können ihre jetzt bereits erwachsenen Kinder, die nun selbst schon wieder Kinder haben, nicht loslassen und glauben unentbehrlich zu sein.

Sie mischen sich in die Erziehung ein und glauben vieles besser zu wissen.

Ihre erwachsenen Kinder mit AD(H)S-Veranlagung und Selbstwertproblematik wagen nicht, sich dieser Bevormundung zu widersetzen. Die dadurch bedingte Pendelerziehung erschwert Erziehung und Behandlung der AD(H)S betroffenen Enkelkinder; ein bekanntes Problem für jeden Therapeuten.

Eine weitere Gruppe von Frauen 60-Plus mit AD(H)S-Symptomen klagt über Fibromyalgie und chronische Schmerzzustände. Sie haben meist unzählige Therapien hinter sich mit mäßigem Erfolg und bekamen viele Medikamente verordnet, die alle nur der Besserung von Symptomen dienten und nicht die Ursache ihrer Probleme beseitigten. Ich möchte diesen Frauen Mut machen, nach einem möglichen AD(H)S als Ursache für ihre durch negativen Dauerstress bedingten Beschwerden zu suchen. Manchem konnte dadurch schon bleibend geholfen werden.

Viele – und das betraf vorwiegend die Männer – hatten hohen Blutdruck und Herz-Kreislaufbeschwerden und nahmen deshalb regelmäßig mehrere Medikamente ein. Bei den Männern dominierte starkes Rauchen und regelmäßiger Alkoholkonsum. Sie erklärten, damit Stress und ihre innere Unruhe herunterzuregulieren, um so ihre Gedanken besser ausrichten zu können.

Dauerstress begünstigt stressbedingte Herzkreislauferkrankungen. Die AD(H)S-typische und genetisch bedingte Reizüberflutung verbunden mit Stressintoleranz belasten viele Betroffene lebenslang, wenn es ihnen nicht gelingt mit Hilfe entsprechender Techniken ihren Stress zu redu-

zieren, negativen Dauerstress zu vermeiden und Reizüberflutung zu verhindern.

**Reizüberflutung bei negativem Dauerstress gepaart mit anlagebedingter Stressüberempfindlichkeit sind wesentlich die Hauptursachen für psychische und psychosomatische Störungen nicht nur bei AD(H)S-Patienten über 60. Dabei fungiert der Stress als Bindeglied zwischen psychischer Belastung und psychischer oder psychosomatischer Erkrankung.**

Deshalb ist das Erlernen eines guten Stressmanagements ein wichtiger Therapiebaustein, wobei wegen der inneren Unruhe, wie sie bei AD(H)S-Betroffenen immer vorhanden ist, die Anwendung von Entspannungstechniken oft schwer fällt. Der Einstieg über die muskuläre Entspannung nach Jakobson gelingt erfahrungsgemäß besser.

**Zur letzten Gruppe und dritten Gruppe von Menschen mit AD(H)S-60-Plus, von denen ich nur über ihre Kinder oder Verwandten in der Praxis erfuhr, sind jene, die glauben, im Leben gescheitert zu sein und sich hoffnungslos und verbittert zurückgezogen haben.**

Als Einzelgänger und „Hypochonder“ gehen sie schon lange keiner beruflichen Tätigkeit mehr nach. Sie lehnen jedes Angebot einer Untersuchung ab und wollen von nichts Neuem mehr hören und schon gar nicht von einer neuen Krankheit, die sie haben sollen. Sie leben zurückgezogen, meist sind die Medien ihr einziger Partner und irgendeine Suchtform ist ihr Lebensinhalt. Von ihnen haben einige eine Esssucht und ich begriff, dass es sie wirklich gibt und wie hilflos man ihr ausgesetzt sein kann.

Aber zum Glück wird diese Gruppe in Zukunft immer kleiner werden, da sich immer mehr dafür einsetzen, dass AD(H)S im Erwachsenenalter bekannter wird, nicht nur als Krankheit, sondern als Herausforderung, um bei psychischen Störungen nach einer neurobiologischen und genetisch bedingten Ursache zu suchen und diese dann zu behandeln. Denn Menschen mit AD(H)S haben herausragende Fähigkeiten, sie brauchen aber meist eine zweite oder dritte Chance, um diese für die Gesellschaft und zur eigenen psychischen Stabilisierung nutzen zu können.

Dann werden wir von den älteren Betroffenen in der Praxis hoffentlich nicht mehr so oft diese Worte hören:

„Mein Leben wäre bestimmt anders verlaufen, wenn ich damals gewusst hätte, was ich heute weiß. Hoffentlich begreifen das möglichst viele, damit die Betroffenen nicht so leiden, wie ich es früher permanent musste und keine andere Wahl hatte.“

■ Dr. Helga Simchen

# Wirksamkeit des Marburger Konzentrationstrainings bei Kindern mit ADHS

Hinweise auf die Wirksamkeit des Marburger Konzentrationstrainings bei Kindern mit ADHS: Befunde aus der psychotherapeutischen Praxis.

## Zusammenfassung:

**Fragestellung:** Lässt sich die Wirksamkeit des Marburger Konzentrationstrainings bei Kindern mit ADHS in der psychotherapeutischen Praxis nachweisen?

**Methodik:** Studie mit Prä-Post-Test-Design. 10 ambulant behandelte Kinder mit ADHS im Alter zwischen neun und elf Jahren. Die Kinder nahmen an insgesamt zwölf Sitzungen des Marburger Konzentrationstrainings teil. Als externe (Leistungs-)Kriterien wurden der d2-Konzentrationstest, die Child Behavior Checklist, der Angstfragebogen für Schüler sowie das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche eingesetzt.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen eine auf die Konzentrationsleistung spezifische Wirkung des Marburger Konzentrationstrainings. Im Zuge der verbesserten Konzentration stiegen bei den Kindern auch die Werte für Angst und Depression. Lediglich die Schulunlust blieb unverändert. Im Elternurteil konnten ebenfalls keine Veränderungen festgestellt werden.

**Schlussfolgerungen:** Das Marburger Konzentrationstraining hat einen positiven Effekt auf die Konzentrationsleistung von Kindern mit ADHS. Die gestiegenen Angst- und Depressionswerte sind weitere Indikatoren für den sich verbessernden reflexiven Konzentrationsstil. Möglicherweise war der Untersuchungszeitraum zu kurz, als dass sich die internalen Veränderungen bei den Kindern auch in ihren Verhaltensweisen und damit im Elternurteil hätten niederschlagen können.

**Schlüsselwörter:** Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Marburger Konzentrationstraining, Wirksamkeitsforschung.

Störungen der Aufmerksamkeit und der Hyperaktivität (ADHS) stellen neben den aggressiven Verhaltensstörungen (Störungen des Sozialverhaltens) die häufigsten Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter dar. Gekennzeichnet ist dieses Störungsbild durch die Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), der Impulskontrolle (Impulsivität) und der Aktivität (Hyperaktivität). Diese Auffälligkeiten treten in der Regel in mehreren Situationen und Lebensbereichen auf, z. B. in

der Familie, im Kindergarten, in der Schule und sind vor dem Alter von sechs Jahren meist gut erkennbar (Döpfner, Frölich & Lehmkuhl, 2000). Ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität wird als Kernsymptomatik angesehen, welches im Vergleich zu Kindern mit dem gleichen Entwicklungsstand häufiger und stärker auftritt (Döpfner, Schürmann, & Frölich 2002). Die Prävalenz wird in den westlichen Kulturen auf etwa 3-5% der Grundschüler geschätzt (Döpfner & Lehmkuhl, 2000). Hierbei zeigt sich ein bedeutsamer Unterschied hinsichtlich der Geschlechterverteilung: Die Störung betrifft primär Jungen. So findet sich beim vorherrschend unaufmerksamen Typ ein Verhältnis von Jungen zu Mädchen von 2 zu 1, während beim hyperaktiv-impulsiven Typ sogar ein Verhältnis von 5 zu 1 besteht (Baumgaertel, Wolraich & Dietrich, 1995). Das Verhältnis von Jungen zu Mädchen wird in repräsentativen Stichproben als etwa 4 zu 1 und in klinischen Stichproben sogar als etwa 9 zu 1 angegeben (Scahill & Schwab-Stone, 2000). Der Unterschied könnte auf die erhöhte Rate komorbider expansiver Verhaltensstörungen bei Jungen zurückzuführen sein, die häufiger zu einer Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen führen, weil bei den Eltern und den Lehrern ein erhöhter Leidensdruck entsteht.

Die primäre Ursache für die Entstehung von ADHS scheint nach heutigem Forschungsstand eine Stoffwechselstörung zu sein, hier v. a. Dopamin und Noradrenalin. Gleichwohl entscheiden psychosoziale Faktoren über die Entwicklung des Krankheitsverlaufs (Barkley, 2005). Sie beeinflussen z.B. die Stabilität und den Verlauf der ADHS und bestimmen in einem komplexen Zusammenspiel das sehr heterogene Störungsbild (Hampel & Petermann, 2004). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen persistieren bei bis zu 80% der Fälle bis in die Adoleszenz und zeigen bei etwa der Hälfte der betroffenen Personen Auswirkungen bis ins Erwachsenenalter (Barkley, 1998). Die störungsspezifischen Symptome unterliegen jedoch gewissen Entwicklungsveränderungen: Während der Adoleszenz werden Symptome von ausgeprägter motorischer Aktivität seltener, wohingegen Aufmerksamkeitsdefizite und Impulsivität weiterhin bestehen (Döpfner, 2000).

Bis zu 2/3 aller Kinder mit ADHS weisen neben den Kernsymptomen weitere, sog. komorbide Störungen auf (Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991; Richters, Arnold, Jensen, Abikoff, Conners, Greenhill, et al., 1995). Am häufigsten liegen externe Verhaltensstörungen mit aggressiven und dissozialen Symptomen vor (43% bis 93%).

Internale komorbide Störungen mit Angst und Depressivität treten in 13% bis 51% der Fälle auf (Jensen, Martin, & Cantwell, 1997). Auch in epidemiologischen Stichproben lassen sich diese erhöhten Komorbiditätsraten finden: In einer bundesweit repräsentativen Stichprobe im deutschen Sprachraum konnte ein ausgeprägtes dissoziales bzw. aggressives Verhalten in 27% bzw. in 36% der hyperkinetisch auffälligen Kinder nachgewiesen werden. Sozialer Rückzug und Angst/Depressivität tritt in 30% bis 35% der Fälle auf. In klinischen Stichproben sind die Komorbiditätsraten deutlich erhöht (Döpfner, Frölich & Lehmkuhl, 2000). Eine oppositionelle Verhaltensstörung weisen etwa 43% bis 93% der Kinder mit einer hyperkinetischen Störung begleitend auf. Vor allem im Jugendalter treten neben der oppositionellen Verhaltensstörung in 30 bis 50% der Fälle dissoziale Verhaltensstörungen auf.

Die Behandlung von ADHS ist vornehmlich eine pharmakologische: Gut 70% der behandelten Kinder sprechen auf Medikamente mit dem Wirkstoff Methylphenidat (z.B. Ritalin oder Medikinet) sowie D-Amphetamin und Pemolin gut an. Aufgrund seiner kurzen Halbwertszeit und den sehr guten Effekten auf die klinische Hauptsymptomatik wird Methylphenidat sehr häufig verschrieben. In mehreren Meta-Analysen wurde die Wirksamkeit pharmakologischer Behandlungen bestätigt (z.B. Baving & Schmidt, 2001; Connor, Glatt, Lopez, Jackson & Melloni, 2002). Durch die medikamentöse Behandlung lässt sich eine Verminderung der Kernsymptomatik und oppositioneller Verhaltensweisen erzielen. Die Effekte sind in der Schule meistens ausgeprägter als im häuslichen Bereich. Die Medikamente sollten erst ab dem Alter von sechs Jahren verabreicht werden (Mutschler, 1991). Der Einsatz und die Wirksamkeit weiterer Maßnahmen werden häufig erst durch die medikamentöse Behandlung ermöglicht bzw. gesteigert, da diese dem Kind hilft, angemessener auf die Umwelt zu achten und zu reagieren. Etwa 30% der betroffenen Kinder scheinen von den Medikamenten nicht zu profitieren, ihnen müssen daher alternative Verfahren angeboten werden (Döpfner, Frölich & Lehmkuhl, 2000).

### **Das Marburger Konzentrationstraining**

Bei dem Marburger Konzentrationstraining handelt es sich um ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Trainingsprogramm für Kinder vom ersten bis sechsten Schuljahr (Krowatschek, 2004). Das Training eignet sich im Allgemeinen für Kinder mit einem impulsiven Arbeitsstil, ist also nicht nur, sondern auch für Kinder mit ADHS geeignet. Das Marburger Konzentrationstraining kann sowohl als Einzel-, als auch als Gruppentraining durchgeführt werden.

Die Grundlage für das Konzentrationstraining bildet die Methode der verbalen Selbstinstruktion nach Meichenbaum und Goodman (1971). Durch diese Methode sollen die Kinder ihre Selbstregulationsfähigkeiten und reflexiven Problemlösestrategien verbessern.

Im Verlauf der Trainings sollen die Kinder die Selbstanweisungen über fünf Stufen bis hin zum lautlosen Sprechen („innerer Monolog“) erlernen. Durch die Vermittlung von Denkstrategien kann das Kind lernen, seine Aufmerksamkeit besser zu steuern und zu strukturieren. Ziel des Marburger Trainings ist somit die Förderung eines reflexiven Arbeitsstils. Dabei stehen verschiedene Faktoren im Vordergrund: (1) Erhöhung der Selbststeuerung, der Selbstständigkeit und der Selbstakzeptanz des Kindes; (2) Verbesserung der Motivation durch erfolgreicherer Bearbeiten von Aufgaben und durch angemessenes Umgehen mit Fehlern; (3) Veränderung der Eltern-Kind-Interaktion.

Die Trainingsstunden sollten wöchentlich stattfinden, wobei die Anzahl der Trainingsstunden in Abhängigkeit von der Größe und Leistung der Gruppe variieren darf. Zu Beginn jeder Trainingsstunde wird eine Entspannungsübung mit Instruktionen aus der Grundstufe des autogenen Trainings durchgeführt. Das Entspannungsverfahren hat die Aufgabe, die Kinder zur Ruhe kommen zu lassen und die Aufnahmebereitschaft für die nachfolgende Arbeitsphase zu erhöhen. Im Anschluss folgen zwei bis vier Arbeitsphasen, für die Arbeitsblätter und Bildvorlagen genutzt werden. Den Abschluss der Stunde bildet eine Spielphase. Trainingsbegleitend werden Elternabende bzw. Elternstunden durchgeführt, im Rahmen derer aufklärende Informationen bzgl. Konzentrationsstörungen vermittelt werden. Sie dienen aber auch dem Austausch der Eltern untereinander. Durch die Zusammenarbeit mit den Eltern in drei separaten Elternstunden werden Verhalten und Probleme im häuslichen und schulischen Umfeld diskutiert. Positive Verhaltensweisen von Eltern und Kindern werden bestärkt und konkrete Übungen vorgestellt, die die Eltern in den Alltag einbinden können, um gute Konzentration und positives Verhalten ihres Kindes zu fördern. Dabei ist es wichtig, dass Entwicklungen in der Schule und im Verhalten (im positiven wie im negativen Sinn) festgehalten werden.

Bislang liegen nur wenige Veröffentlichungen zu der Wirksamkeit des Marburger Konzentrationstrainings vor. Beispielsweise konnte Witte (2002) Verbesserungen in den Parametern Konzentrationsleistung, kognitive Leistungs- und Verarbeitungsgeschwindigkeit und visuell-motorische Koordination durch das Training feststellen. Ein Transfer auf schulische Inhalte wurde dabei allerdings nicht erreicht. Dabei scheint das Marburger Konzentrationstraining nicht nur einen Effekt auf die Konzentrationsleistung der Kinder, sondern auch auf die gesamte Familie zu haben: Domsch (2002) konnte eine Reduktion des elterlichen Stresserlebens durch das Training feststellen.

### **Methode**

Untersuchungsdesign

Jedes der zehn Kinder durchlief eine ca. 10-stündige Eingangsdiagnostik, um die Diagnose einer Störung von



Aktivität und Aufmerksamkeit (ICD10 F90.0) sicher stellen zu können. Die Testdiagnostik beinhaltete eine kognitive Testung mit dem Intelligenztest HAWIK-IV (Petermann & Petermann, 2008), eine Testung der konzentrativen Leistungen, eine emotionale Testung, eine psychomotorische/ergotherapeutische Testung und ein abschließendes Elterngespräch mit Auswertung der Fragebögen und Screening-Verfahren über Familiengeschichte, Beschreibungen der Entwicklung des Kindes, sowie Fremdbeschreibungen von der Schule. Die Eltern bearbeiteten zusätzlich zum Erstgespräch unter anderem den Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen CBCL/4-18 (Achenbach, 1991), bevor die Diagnose gestellt wurde. Auch die Kinder schätzten sich selbst über den Angstfragebogen für Kinder und Jugendliche AFS (Wieczerkowski, Nickel, Janowski, Fittkau, & Rauer, 1981) und das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche DIKJ (Stiensmeier-Pelster, 2000) ein.

An die Eingangsdiagnostik schloss sich das Marburger Konzentrationstraining über einen Zeitraum von insgesamt zwölf Wochen an. Die einzelnen Sitzungen dauerten ca. zwei Stunden. Nach dem Abschluss des Marburger Konzentrationstrainings fand eine Abschlussdiagnostik ähnlich der Eingangsdiagnostik statt. Dabei wurden sowohl identische gute Tagesformen der Kinder zu den zwei Messzeitpunkten (z.B. wach und gut orientiert) als auch ähnliche Uhrzeiten der beiden Konzentrationstestungen (9.00- 11.30 Uhr) berücksichtigt.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, die Wirksamkeit des Marburger Konzentrationstrainings bei Kindern mit ADHS nachzuweisen. Dabei soll die Konzentration der Kinder durch das Training gesteigert werden, was sich letzten Endes auch in effizienteren kognitiven Arbeitsstilen zeigen soll. Zusätzlich soll das Training positive Effekte auf die Ängstlichkeit und die Depressivität der Kinder haben. Gleichzeitig sollen sich diese Auswirkungen auch in der Elterneinschätzung widerspiegeln.

### Messinstrumente

Konzentrationsleistung/Konzentrationsstil. Zur Untersuchung der Konzentrationsleistung wurde der d2 von Brickenkamp (2002) verwendet. Der Test erfordert ein hohes Maß an Konzentration, jedoch keine kognitiv hoch strukturierten Fähigkeiten. Konzentration wird dabei als kontinuierliche, leistungsbezogene Reizselektion betrachtet, innerhalb derer aufgabenrelevante Stimuli von irrelevanten Störreizen unterschieden werden sollen. Die Konzentrationsleistung als solche besteht dabei aus einer Antriebs- und einer Kontrollkomponente. Erstere manifestiert sich im Tempo, in dem die Aufgabe geleistet wird, also der Quantität, letztere wird über Qualität bzw. Sorgfalt und den zeitlichen Verlauf, z.B. frühzeitige Ermüdung, gemessen. Die Auswertung erfolgt mit Hilfe zweier Schablonen. Die Konzentrationsleistung im d2 Aufmerksamkeitsstest kann fünf verschiedenen Arbeitsstilen (konzentrationsgestört,

unaufmerksam/unkonzentriert, impulsiv, reflexiv und aufmerksam/konzentriert) zugeordnet werden. Neue Reliabilitätsschätzungen (Split-Half), die auf der Eichstichprobe (N= 3.236) basieren, variieren für alle Testwerte zwischen  $\alpha = .95$  und  $\alpha = .98$ .

Symptombelastung. Zur Beurteilung der psychischen Symptomatik der Kinder aus der Elternperspektive wurde die Child Behavior Checklist (CBCL/4-18) von Achenbach (1991) angewendet. Der Fragebogen umfasst 113 Items, anhand derer das Ausmaß an externalisierenden (dissoziales und aggressives Verhalten) und internalisierenden (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, ängstlich/depressiv) Auffälligkeiten erfasst werden kann. Die interne Konsistenz liegt zwischen  $\alpha = .78$  und  $\alpha = .97$ . Die CBCL ist eines der im kinderpsychiatrischen Bereich am häufigsten eingesetzten Verfahren.

Prüfungsangst und Schulunlust. Der Angstfragebogen für Schüler (Wieczerkowski et al., 1981) misst mit seinen 50 Items Prüfungsangst (z.B. „Vor Klassenarbeiten bin ich immer aufgeregt“), manifeste Angst (z.B. „Ich bin manchmal so aufgeregt, dass meine Hände zittern.“), Schulunlust (z.B. „Oft bin ich im Unterricht schlecht gelaunt.“) sowie die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit (z.B. „Ich bin zu allen stets freundlich.“). Die Reliabilität der Skalen liegt zwischen  $\alpha = .67$  und  $\alpha = .85$ .

Depressivität. Das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) (Stiensmeier-Pelster, Schürmann, & Duda, 2000) gibt Auskunft über die Schwere einer depressiven Störung. Es werden verschiedene Symptom- und Problembereiche abgefragt: Emotionale Symptome: (z.B. Gefühle tiefer Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit), kognitive Symptome (z.B. Gedanken der eigenen Wertlosigkeit, der Glaube, alles falsch zu machen), motivationale Symptome (z.B. Veränderungen des Aktivitätsniveaus hin zu Lethargie (Verlangsamung der Bewegungen, starke Müdigkeit und Erschöpfung) oder hin zu Agitiertheit (innere Unruhe, Konzentrationschwierigkeiten) und körperliche Symptome (z.B. Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Schlafstörungen). Die interne Konsistenz liegt in unselektierten Schülerstichproben zwischen  $\alpha = .82$  und  $\alpha = .85$  mit der Tendenz zu höheren Kennwerten bei höherem Alter; bei klinisch auffälligen Kindern und Jugendlichen beträgt sie  $\alpha = .91$ .

### Stichprobe

An dem Marburger Konzentrationstraining nahmen insgesamt zehn Kinder im Alter von neun bis elf Jahren ( $M = 9,7$ ;  $SD = .675$ ) sowie deren Mütter teil.

Alter und Geschlecht waren nicht konfundiert ( $X^2(2) = .313$ ,  $p = .855$ ). Die Geschlechterverteilung ist repräsentativ für eine symptomatische Prävalenz von ADHS.

**Ergebnisse**

**Veränderungen der Konzentrationsleistung**

Es zeigte sich in der d2 Aufmerksamkeitstestung ein signifikanter Zeiteffekt ( $F(1, 9) = 14.041, p = .005, \eta^2 = .609$ ) im Sinne einer Steigerung der Konzentrationsleistungen (Abbildung 1). Deutlich wird auch ein Geschlechtseffekt ( $F(1, 8) = 4.438, p = .068, \eta^2 = .357$ ): Jungen haben eine höhere Konzentrationsleistung sowohl vor als auch nach dem Training. Jungen profitieren offenbar auch stärker von dem Training als Mädchen.

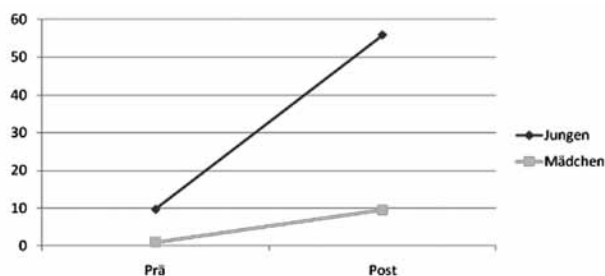


Abb. 1: d2-Konzentrationsleistung bei der Eingangs- und Abschlussdiagnostik nach Geschlecht getrennt.

Entsprechend haben sich auch die Zuordnungen zu den kognitiven Arbeitsstilen durch das Marburger Konzentrationstraining verändert. Insgesamt konnten die Teilnehmer des Trainings ihren Arbeitsstil verbessern (Abbildung 2). Lediglich eines der Kinder wies nach dem Trainingsprogramm noch einen konzentrationsgestörten Arbeitsstil auf. Durch das Training kam es zu einer Verschiebung von einem impulsiven zu einem reflexiven und aufmerksamen kognitiven Arbeitsstil. Entsprechend den unterschiedlichen Konzentrationsleistungen von Jungen im Mädchen lässt sich auch bei den kognitiven Arbeitsstilen ein Geschlechtseffekt feststellen ( $F(1, 8) = 5.937, p = .041, \eta^2 = .426$ ).

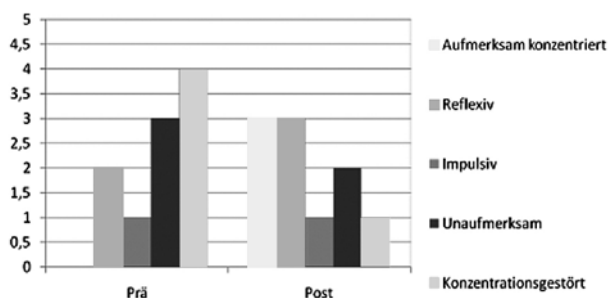


Abb. 2: Absolute Häufigkeit der d2-Konzentrationstile bei der Eingangs- und Abschlussdiagnostik für die Gesamtgruppe.

Entsprechend der ersten Hypothese konnte eine Konzentrationssteigerung durch das Marburger Konzentrationstraining festgestellt werden, die sich auch in den kognitiven Arbeitsstilen zeigt.

**Veränderung im Selbstbericht der Kinder**

Einhergehend mit der Verbesserung der Konzentrationsleistung wurden Veränderungen der Depression, Ängstlichkeit und Schulunlust durch das Marburger Konzentrationstraining erwartet. Das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) gibt Auskunft über die Schwere einer Depression bzw. weist auf mögliche Tendenzen einer depressiven Problematik hin. Wie Tabelle 1 zeigt, berichteten die Kinder entgegen unseren Hypothesen nach dem Training über einen wesentlichen Anstieg in den Depressionswerten ( $F(1, 9) = 4.292, p = .068, \eta^2 = .323$ ).

Des Weiteren berichteten die Kinder nach der Durchführung des Marburger Konzentrationstrainings über vermehrte Prüfungsangst ( $F(1, 9) = 5.620, p = .042, \eta^2 = .384$ ). Die empfundene Schulunlust blieb unverändert ( $F(1, 9) = .994, p = .345, \eta^2 = .099$ ). (Tabelle 1)

Die Ergebnisse widersprechen insgesamt unseren Hypothesen: Weder Depression noch Ängstlichkeit noch Schulunlust haben sich durch das Marburger Konzentrationstraining verbessert, im Gegenteil: Die Depressions- und Ängstlichkeitswerte sind gestiegen, während die Schulunlust stabil geblieben ist.

**Veränderungen im Elternurteil**

Die Effekte des Marburger Konzentrationstrainings sollten sich auch im Elternurteil zeigen. Insgesamt betrachtet liegen die Werte im unauffälligen bis subklinischen Bereich. Weder bzgl. der externalen ( $F(1, 9) = 0.0, p = 1.0, \eta^2 = .000$ ) noch bzgl. der internalen Verhaltensauffälligkeiten ( $F(1, 9) = .039, p = .848, \eta^2 = .004$ ) konnte ein Trainingseffekt festgestellt werden. Wie Tabelle 1 zeigt, berichten Mütter von Jungen einen leichten Rückgang in den internalen Verhaltensauffälligkeiten, während Mütter von Mädchen eine Zunahme der internalen Verhaltensauffälligkeiten nach dem Training angeben.

Entgegen unseren Hypothesen stellen die Mütter keinerlei Veränderungen hinsichtlich der Verhaltensauffälligkeiten durch das Marburger Konzentrationstraining fest.

**Diskussion**

Ziel der Untersuchung war es, die Wirksamkeit des Marburger Konzentrationstrainings in der psychotherapeutischen Praxis nachzuweisen. Dazu wurde das Training an einer Gruppe von 10 Kindern mit ADHS im Alter von 9 bis 11 Jahren über einen Zeitraum von 12 Wochen durchgeführt. Das Trainingsprogramm wurde in einer sozialpsychiatrischen Praxis durchgeführt, weshalb ein Schwerpunkt des Trainings auf therapeutischen Inhalten wie Selbstwahrnehmung, Problem- und Krankheitsverständnis, Emotionskontrolle und dem Austausch von Ängsten und Gefühlen lag. In den Gruppengesprächen trat die Beobachtung zum Vorschein, dass viele der Kinder überhaupt nicht wussten,

warum sie im Vergleich zu ihren Klassenkameraden größere schulische und soziale Probleme hatten. Durch diesen ständigen Vergleich mit anderen wurden immer mehr emotionale Unsicherheiten und ein reduziertes Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein aufgebaut. Die Kinder fühlen sich unter ständigem Druck, den Lehrern, den Mitschülern und besonders den Eltern zu genügen, und benötigen ein Ausgleichsventil, das sich oftmals in hypermotorischer Aktivität, konfliktreichen Interaktionen mit anderen oder impulsivem Verhalten äußerte, da sie nicht wissen, wie sie mit ihren Defiziten umgehen sollen. Ziel einer therapeutischen Intervention kann deshalb die Verschiebung von externalen Auffälligkeiten auf ein internes Problembewusstsein sein.

In der vorliegenden Untersuchung konnte eine Steigerung der Konzentrationsleistung durch das Marburger Konzentrationstraining nachgewiesen werden. Ferner konnte mittels Selbstinstruktionstraining eine Förderung des reflexiven Arbeitsstils erreicht werden, d.h. das Kind trainierte durch das innere Sprechen die Fähigkeit, systematisch und überlegt zu handeln. Durch das Training konnte insbesondere der Bereich der Unaufmerksamkeit verbessert werden und es wurden weniger Flüchtigkeitsfehler gemacht. Die Ergebnisse zeigen, dass nicht alle Kinder nach dem Training einen reflexiven oder komplett aufmerksamen Arbeitsstil erreichen konnten. Allerdings wurde nur noch eines der ursprünglich vier Kinder nach dem Training „konzentrationsgestört“ klassifiziert. Vor dem Training erreichte keines der Kinder einen aufmerksamen kognitiven Arbeitsstil. Danach waren es jeweils drei Kinder, die einen aufmerksamen kognitiven Stil bzw. einen reflexiven Stil aufwiesen.

Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen entwickeln zu einem hohen Prozentsatz emotionale Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme (Döpfner, 2000).

Durch das verhaltenstherapeutische Gruppentraining sollte das subjektive Wohlbefinden der Kinder mit ADHS gesteigert werden. Dadurch sollten die Teilnehmer niedrigere Angst- und Depressionswerte im Selbstbericht angeben. Entgegen unseren Erwartungen sanken die Angst- und Depressionswerte nicht, sondern stiegen insgesamt sogar an. In der Analyse der Fragebögen, die von den Kindern zu den zwei Messzeitpunkten vor und nach dem Training beantwortet wurden, zeigten sich ein leichter Anstieg der Depressionswerte und deutlich erhöhte Angstwerte nach der Teilnahme am Konzentrationstraining.

Auf den ersten Blick sind die Ergebnisse bzgl. des Angstfragebogens für Schüler als auch bzgl. Depressionsinventars für Kinder und Jugendliche überraschend, machen jedoch nach einer differenzierten Betrachtung Sinn: In der Eingangsdiagnostik zeigten sich viele Kinder eher ver-

schlossen und es fiel ihnen schwer, über Gefühle, Ängste oder Probleme zu sprechen.

Die Kinder hatten teilweise noch nie tiefgreifende und emotional bewegende Gespräche über ihre Gedanken und Sorgen geführt oder sich anderen Personen anvertraut. Diese Erfahrungen sollten sie im verhaltenstherapeutisch orientierten Marburger Konzentrationstraining machen: Jede Sitzung fing mit der so genannten Blitzlichtrunde an, bei der jedes Kind über seine letzte Woche, über sein Wohlbefinden und den dazugehörigen Grund berichtete.

Die Kinder entwickelten ein Verständnis dafür, dass nicht nur sie alleine schwierige Situationen durchleben und viele Probleme und Ängste unter den Kindern sehr ähnlich bzw. gleich sind. In den Gruppenrunden wurden Themen wie Stärken und Schwächen, das Krankheitsbild und deren Gründe sowie Ängste und Gefühle besprochen.

Die Kinder fingen an, ihre Verhaltensweisen und Gedanken zu reflektieren, und tauschten sich auch untereinander über Handlungsmöglichkeiten oder Problemlösestrategien aus. Die Kinder entwickelten dadurch ein Problembewusstsein und eine verbesserte Selbstwahrnehmung, sie machten die Erfahrung, über eigene Gefühle und Gedanken offen zu sprechen und diese zu reflektieren. Anstatt Ängste, Gedanken, Probleme und Irritationen über impulsive, aggressive, hypermotorische und somit externale Verhaltensweisen abzubauen, sollten sie lernen, sich auszutauschen und ein Bewusstsein über ihre eigentliche emotionale Befindlichkeit zu schaffen.

Somit ist eine Zunahme in diesen eigentlich negativ zu bewertenden Dimensionen als Teilerfolg des Trainings zu werten: Die Kinder wurden dazu angeregt, Introspektion zu betreiben und ihre Gefühle zu äußern. Langfristiges Ziel sollte es natürlich sein, Ängstlichkeit und Depression zu reduzieren.

Es steht noch aus, die Frage zu klären, warum die Mütter keine Veränderungen im Verhalten ihrer Kinder durch das Training festgestellt haben. Aufgrund der zeitlichen Befristung des Trainings, welche im Vergleich zu anderen Therapieformen oder Trainings eher kurz ist, hatten die Kinder vielleicht nicht ausreichend Gelegenheit, die erlernten Fertigkeiten in ihrem natürlichen Umfeld einzuüben.

Der Erfolg kognitiver Interventionsansätze misst sich an der Übertragung der erlernten Fertigkeiten auf das Alltagsverhalten, was aber der Unterstützung durch das soziale Umfeld (Eltern, Schule) der Kinder bedarf. Aus diesem Grund wäre ergänzend zu dem eigentlichen Training und den drei unbegriffenen Elternstunden eine Verlängerung des Programms unter Einbezug der Eltern wünschenswert. Die mangelnde Wirksamkeit der Intervention aus Sicht der Mütter könnte deshalb auch dadurch zu erklären sein, dass die Trainingsinhalte von wichtigen Bezugspersonen nicht aufgegriffen wurden und das Training damit zu wenig in den Alltag der Kinder integriert war.

Der intensive Einbezug der Eltern ist auch deshalb von großer Bedeutung, weil das Ausmaß psychosozialer Belastungen (z. B. gestörte familiäre Beziehungen, mangelnde pädagogische Fähigkeiten) mit dem Erfolg von Therapie-maßnahmen bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen zusammenhängt (Laumann & Poustka, 1991).

Häufig wird die Zusammenarbeit mit Eltern durch deren mangelnde Bereitschaft erschwert, sich bezüglich solcher Interventionen zu engagieren. Dies zeigte sich in dieser Studie z. B. schon daran, dass lediglich die Mütter der Kinder an den Elternsitzungen teilnahmen und die Fragebögen alleine ausfüllten. Hier sind v. a. Eltern mit geringem Bildungsgrad und/oder allein erziehende Eltern betroffen (Döpfner, Schürmann, & Frölich, 1998).

Verzögerte Auswirkungen der Therapie zeigen sich aufgrund notwendiger Umstrukturierungsprozesse manchmal erst nach einigen Monaten, was auch als so genannter „sleeper effect“ (Bell, Lynne & Kolvin, 1989) bezeichnet wird. Oft ist auch in der Praxis zu beobachten, dass gerade Mütter in einem Fragebogen anders antworten als in einem Interview oder in einem Gespräch.

Auffällig hier war die Diskrepanz der Rückmeldungen und Aussagen der Mütter in der Abschlussbesprechung der letzten Elternstunde nach dem Training und der Bewertung über das Fragebogenverfahren. Gerade in den Elternrunden berichtete nämlich die Großzahl der Mütter von positiven Veränderungen in der Interaktion zu Hause bzw. über gestiegene Konzentrationsfähigkeiten und eine bessere Hausaufgabenarbeit.

Ein zusätzliches Problem ist, dass bei vielen Trainings die Effekte nach einigen Wochen oder Monaten verblassen. Für einige Trainings (z. B. solche zum induktiven Denken) haben sich mehrere Auffrischungssitzungen als sehr effektiv erwiesen (Möller, 1999). Diese Sitzungen könnten dem

Therapieerfolg einer Maßnahme zu mehr Beständigkeit verhelfen. Beim Auftreten neuer Schwierigkeiten könnte außerdem schnell auf die Probleme reagiert werden.

Für viele der behandelten Kinder dürfte der Behandlungszeitraum zu kurz gewesen sein. Sie leiden in der Regel bereits seit vielen Jahren unter dem Problem, bis sie sich in Therapie begeben. Für viele Kinder mit ADHS müssen erfolgreiche Therapieansätze vermutlich über lange Zeiträume durchgeführt werden, um einen hinreichenden Erfolg zu gewährleisten.

**Limitationen**

Kritisch an der Durchführung dieser Untersuchung sind zunächst die Charakteristika der Stichprobe zu nennen. Zehn Kinder mit acht Jungen und lediglich zwei Mädchen ist keine ausreichende Stichprobe, um die Wirksamkeit eines Konzentrationstrainings nachzuweisen. Auch wenn die Geschlechterverteilung der in psychotherapeutischen Praxen bzgl. ADHS vorgestellter Kinder entspricht, so verhindert der geringe Anteil an Mädchen statistisch zufriedenstellende Analysen hinsichtlich Geschlechtereffekte zu berechnen.

Die Stichprobe hätte definitiv umfangreicher sein müssen, eine ausgeglichene Geschlechterverteilung aufweisen sollen und über eine größere Altersspanne gehen können. Kritisch anzumerken bleibt auch, dass das Elternurteil, wie auch schon in der Diskussion ausführlich beschrieben, nur durch Mütter vorlag. Da z. B. ein Follow-Up-Messzeitpunkt fehlt, lassen sich auch keine Aussagen über die Stabilität der gefunden Effekte treffen und auch sog. „Sleeper“-Effekte nicht feststellen.

■ Dipl.-Psych. Christian Skaletz & Nils Lang  
Abteilung für Entwicklungs- und Pädagogische Psychologie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz

	Prä		Post		Veränderungen in %
	M (SD)		M (SD)		
Depression	45,1	-8,43	55,3	-7,47	+ 22.62%
Schulunlust	49,1	-7,76	51,8	-8,01	+ 5.50%
Prüfungsangst	45,9	-8,03	50,2	-7,55	+ 9.37%
CBCL					
<i>Internalisierende Auffälligkeiten</i>					
Mädchen	58,5	-8,51	67,5	-7,63	+ 15.38%
Jungen	52,25	-7,98	49,25	-7,24	- 5.74%
<i>Externalisierende Auffälligkeiten</i>	52,9	-5,89	52,9	-6,77	+/- 0.00%

Table 1: Mittelwerte und Standardabweichungen der Fragebogenverfahren für Prä- und Post-Messung sowie prozentuale Veränderung über den Zeitraum von 12 Wochen.

**Literatur**

- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Barkley, R. A. (1998). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2002). Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Bern: Huber.
- Baumgaertel, A., Wolraich, M., & Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 629-638.
- Baving, L., & Schmidt, M. H. (2001). Evaluierete Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie I. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 29, 189-205.
- Bell, V., Lynne, S., & Kolvin, L. (1989). Play group therapy: Processes and patterns and delayed effects. In M. H. Schmidt & H. Remschmidt (eds.), *Needs and prospects of child and adolescent psychiatry* (pp. 149-163). Göttingen: Hogrefe und Bern: Huber.
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Brickenkamp, R. (2002). Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test. Göttingen: Hogrefe.
- Connor, D. F., Glatt, S. J., Lopez, I. D., Jackson, D., & Meloni, R. H. (2002). Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 253-261.
- Döpfner, M., & Lehmkuhl, G. (2002). Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51, 419-440.
- Döpfner, M. (2000). Hyperkinetische Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (S. 151-186). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Frölich, J., & Lehmkuhl, G. (2000). Hyperkinetische Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Schürmann, S., & Frölich, J. (2002). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Trotzverhalten (THOP). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hampel, P., & Petermann, F. (2004). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 131-136.
- Jensen, P. S., Martin, D., & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implication for research practice and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1065-1079.
- Krowatschek, D. (1994). Das Marburger Konzentrations-training (2. Auflage). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Laumann, A., & Poustka, F. (1991). Differentielle Diagnostik und Therapieerfolg beim Hyperkinetischen Syndrom. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 19, 231-239.
- Meichenbaum, D.H., & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves. A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Möller, J. (1999). Denktraining für Jugendliche: Homogenität der Trainingsgruppen und Booster-Session. *Heilpädagogische Forschung*, 25, 2-7.
- Mutschler, E. (1991). Arzneimittelwirkungen. Lehrbuch der Pharmakologie und Toxikologie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Petermann, F., & Petermann, U. (2008). Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK-IV). Bern: Huber.
- Richters, J. E., Arnold, L. E., Jensen, P. S., Abikoff, H., Conners, C. K., Greenhill, L. L., et al. (1995). NIMH collaborative multisite multimodal treatment study of children with ADHD: I. Background and rationale. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 987-1000.
- Scahill, L., & Schwab-Stone, M. (2000). Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9 (3), 541-555.
- Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M., & Duda, K. (2000). Manual vom Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ). Göttingen: Hogrefe.
- Wieczerkowski, W., Nickel, A., Janowski, A., Fittkau, B., & Rauer, W. (1981). Manual vom Angstfragebogen für Schüler (AFS). Göttingen: Hogrefe.
- Witte, S. (2002). Entwicklung und Evaluation eines videogestützten Selbstinstruktionstrainings für aufmerksamkeitsgestörte Kinder. Göttingen: Cuvillier Verlag.

# Über die Schwierigkeiten bei der Behandlung von ADHS-Patienten im Erwachsenenalter

Warum finden eigentlich Patienten keine Ärzte und Therapeuten, die sie diagnostizieren und behandeln?

Im Erwachsenenalter sind 2% bis 4% der Bevölkerung von ADHS betroffen. Somit ist ADHS ein häufiges Krankheitsbild. Betroffene haben meist keine Ahnung, warum sie in ihrem Leben immer wieder scheitern, Beziehungs- und Arbeitsplatzprobleme haben, impulsiv oder chaotisch sind.

Es gibt nur wenige Praxen und Ambulanzen der Universitätskliniken, die sich mit diesem Krankheitsbild beschäftigen. Die Gründe hierfür sind vielfältig, aber auch systembedingt. Die Diagnostik und Therapie der ADHS-Patienten setzt profunde Kenntnisse und Erfahrungen in diesem Krankheitsbild voraus sowie ein breites Wissen über alle anderen psychiatrischen Erkrankungen, bedingt durch das häufige Auftreten von Begleiterkrankungen.

Störungsspezifisch gestaltet sich die Behandlung der ADHS für Therapeuten nicht selten anstrengend und stellt eine sehr große Herausforderung dar. Die Patienten sind häufig unzuverlässig, chaotisch, aufbrausend, anspruchsvoll und ungeduldig. Die Diagnostik von ADHS ist aufwändig und fordert die Betrachtung der gesamten Lebensgeschichte der Patienten. Das Führen von ADHS-Patienten verlangt vom Therapeuten sowohl ein klares Behandlungskonzept als auch ein – auf die besonderen Probleme der ADHS abgestimmtes – Programm.

Genauso schwierig gestaltet sich die medikamentöse Behandlung (auf Betäubungsmittelrezept) der ADHS-Patienten: Bisher konnten Stimulantien nur auf Privatrezept verordnet werden, das von den Patienten selbst bezahlt werden musste. Seit einem Monat gibt es nun Medikinet adult auf Kassenrezept.

Was Patienten oft nicht kennen, ist die Behandlungsrealität der Kassenärzte.

Die Facharztgruppe der Psychiater und Nervenärzte haben im Quartal pro Patient etwa 40,- € bis 50,- € an Budget zur Verfügung. Die Kinder- und Jugendärzte bekommen für die Behandlung eines ADHS-Kindes 30,- € bis 40,- € als Fallpauschale pro Quartal. Innerhalb dieser so genannten Fallpauschale ist die gesamte aufwändige und sorgfältige Diagnostik enthalten, sowie sämtliche Gespräche und psychotherapeutische Maßnahmen.

Die Facharztgruppe der Psychosomatiker und der Psychotherapeuten wird für die Therapiestunden etwa mit 80,- € vergütet. Sie unterliegen einer zeitgebundenen Kapazitätsgrenze, was bedeutet, dass bei einer Überschreitung dieser Zeitgrenze weitere ärztliche Leistungen deutlich geringer oder dann gar nicht mehr vergütet werden. Alle diese Entgelte werden vor Kosten bezahlt, was bedeutet, dass die Fachärzte noch ihre Kosten für Personal, Miete etc., sowie die eigenen Sozialversicherungen davon abziehen müssen.

Unter diesen Bedingungen liegt man als Arzt bei der Behandlung von Kassenpatienten z. T. in der Vergütung unter dem Lohn einer Arzthelferin. Das hat zur Folge, dass Kassenpatienten nur mit großen Schwierigkeiten einen Therapieplatz finden. Hinzu kommen Arzneimittelbudgets, bei deren Überschreitung der Kassenarzt für die von ihm verordneten Medikamente selbst haftet.

Ich möchte hier exemplarisch meine Situation als langjährige Kassenärztin beschreiben:

Ich bin seit 25 Jahren als Fachärztin niedergelassen. Seit 15 Jahren bin ich spezialisiert auf Diagnostik und Behandlung von Erwachsenen, die mangels sonstigen Angebots aus ganz Deutschland kommen. Ich mache eine umfangreiche Diagnostik, brauche dafür auch Personal und biete weiterhin ADHS-Therapiemodule und ADHS-Therapiegruppen, sowie psychotherapeutische Einzelberatung an. Weiterhin stelle ich Patienten, die dies benötigen, auf Stimulantien ein.

Im Quartal behandle ich etwa 300 ADHS-Patienten.

Bereits im letzten Jahr musste ich fast 10.000,- € Regress bezahlen, da meine schwerkranken Patienten, z. T. während langer Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken, teure Medikamente verordnet bekamen, die man noch dazu nicht einfach absetzen darf. Das bedeutet für mich, dass ich die notwendigen Medikamente weiterverordnen muss und dadurch bereits 10.000 € meines Verdienstes verlor.

Seit 1. Juli ist nun „Medikinet adult“ erstattungsfähig. Bis zu diesem Zeitpunkt haben alle meine Patienten ihre Medikamente selbst bezahlt. Ganz zu Recht stehen sie jetzt an der Anmeldungstheke und wollen ein Kassenrezept. Doch jede neue Verordnung setzt mich der Gefahr aus, durch eine weitere Regressforderung noch mehr Geld zu verlieren.

So habe ich die kassenärztliche Vereinigung angeschrieben und um ein Sonderbudget für meine ADHS-Patienten gebeten. Diese erteilten mir eine Absage.

Auf die Frage, was denn nun mit meinen Patienten geschehen solle, die Medikinet adult benötigen, wurde mir nur erwidert, dass sie mir das auch nicht sagen könnten und dass es mein Risiko sei, wenn ich es verordne.

Damit bekommen wir als Ärzte wieder den schwarzen Peter. Um meinen Patienten zu helfen, verordne ich lediglich nach bestem Wissen und Gewissen Medikamente und muss diese dann eventuell aus meiner Tasche zahlen, wenn ich über meinem Budget liege.

Wenden sich dann Patienten an die Krankenkassen, bekommen sie dort nur erzählt, dass ihnen der Arzt natürlich alles verordnen muss, was sie brauchen.

Diese ganze Situation bringt mich dazu, dass ich trotz hohem idealistischen Einsatz und viel Spaß an meinem Beruf keinerlei Lust mehr verspüre, in diesem System zu arbeiten.

Es führt Behandler zur Selbstaussbeutung und belohnt diejenigen, die ihr Arzneimittelbudget nicht überschreiten -

wie Psychologen, die überhaupt nicht mit Medikamenten behandeln, kein Personal brauchen und auch nicht immer erreichbar sein müssen.

Es ist absolut unbefriedigend, dass man Patienten nicht so behandeln kann, wie sie es benötigen. Es gibt keine Anerkennung für die Behandlung von schwierigen und schwer kranken Patienten.

Es wird protegirt, dass nur leicht Kranke, die keinen Stress machen in Therapie genommen werden, weil sie einfach in der Behandlung sind. Es ist von Vorteil, nur halbtags für die gesetzlichen Krankenkassen zu arbeiten und sich ansonsten auf Privatpatienten zu stürzen. Es wird die stromlinienförmige Therapie propagiert, kostengünstig - zu Lasten von schwierigen Patienten, die in diesem System auf der Strecke bleiben.

Gerade in der Diagnostik und Behandlung der ADHS ist diese Entwicklung zum Nachteil der betroffenen Patienten. Schade.....

■ Bericht einer Ärztin

### Der ADHS Deutschland e. V. trauert um

Dr. med. Jürgen Just

In der großen Kinderarztpraxis in Wolfsburg hat sich Dr. med. Jürgen Just gemeinsam mit seiner Frau Ingrid für ADHS- betroffene Kinder und Familien eingesetzt. Und das in einer Zeit, als die Diagnostik und Therapie noch nicht die fachliche Anerkennung, die ihr zustand, erfuhr. Frau Dr. Just konnte diese Pionierarbeit leisten, weil ihr Mann ihr hierfür den Rücken freihielt. In vorbildlicher Weise leitete Ehepaar Just Elternseminare, sowie auch Ärztefortbildungen zum Thema ADHS.

Besonders dankbar sind wir für Herrn Dr. Justs unermüdliches Engagement bei ADHS Veranstaltungen. Er bereicherte durch sein profundes fachliches Wissen die Diskussionen. Durch seine langjährige Erfahrung und seine ärztliche Autorität ist es ihm gelungen, auch bei der Kassenärztlichen Vereinigung, den Krankenkassen, Behörden und politischen Vertretern offene Ohren für die Probleme von ADHS-Betroffenen zu finden. Der unermüdliche Einsatz des Ehepaars Just in der ADHS-Arbeit hat besonders in Niedersachsen viel bewegt, vorgebracht und geprägt.

Bis zuletzt hat Herr Dr. med. Jürgen Just die Arbeit des ADHS Deutschland e. V. mit großem Interesse verfolgt, vor Ort mitgestaltet und gefördert.

Herr Dr. med. Jürgen Just hat sich für ADHS-Betroffene und ihre Belange verdient gemacht.

Wir werden ihn stets in guter Erinnerung behalten  
und seinen Rat vermissen!

ADHS Deutschland e. V.

# Den richtigen Gang einlegen- Führerschein machen mit ADHS

„Heut hab ich dauernd den Schulterblick vergessen, der Fahrlehrer ist immer voll ausgetickt.“ „Das kenn ich. Ich krieg das mit der Vorfahrt nie hin, da wird meiner immer richtig sauer.“ „Welche Fahrschule bist du denn?“ „Da bei... und du? Hast du die Theorie schon?“ „Ne, ich...“

Der Führerschein: Kaum ein Thema sorgt von der 10. bis zur 13. Klasse für so viel Gesprächsstoff. Leute, die sonst kaum miteinander reden, sind jetzt ständig dabei, ihre Fahrfehler zu vergleichen oder über Straßenverkehrsordnungen zu fachsimpeln.

Zur gleichen Zeit fangen auch Verwandte an, wenn sie ein Update vom Zustand des eigenen Lebens vornehmen wollen ihre Frage, nach der Schulbefindlichkeit um die Frage, zu ergänzen, ob man eigentlich schon über das Thema Führerschein nachgedacht hätte.

Für alle scheint festzustehen: Jeder kann (und soll) Auto fahren.

Auch jeder mit ADHS? Gibt es da nicht ein paar Probleme? Schließlich erfordert Autofahren volle Konzentration. Man muss Befehle ausführen, deren Sinn man nicht kennt, muss „schnell schalten“ und tausend Dinge gleichzeitig tun. Man muss irgendwelche Nörgeleien wegstecken und sogar daraus lernen. Man darf sich nie ablenken lassen und nie träumen...

Und richtig, obwohl einige (vielleicht eher hyperaktive?) ADHSlerInnen reibungslos durch ihre Fahrprüfung kommen und sie geradezu in Rekordtempo hinter sich bringen, brauchen andere ausgesprochen viele Übungsstunden oder trauen sich später nicht mehr hinters Steuer (man spricht bei ADHS auch vom Syndrom der Extreme).

Wie DU als FahranfängerIn trotz – oder gerade wegen – deines ADHS richtig gut in Fahrt kommen kannst, darum soll es jetzt gehen.

Du musst Autofahren wirklich wollen. Als ADHSlerIn lernst du fast nur aus einer Begeisterung heraus. Mach dir also, bevor du dich bei einer Fahrschule anmeldest, Gedanken, warum du Auto fahren willst, schreib es dir auf (und wenn du es vor allem wegen irgendwelcher anderer Personen machen willst, warte damit) und lies es immer mal wieder.

Eine Begeisterung für etwas (Neues), so ein „Schwung“ hält bei einem ADHS oft nicht lange an. Viele können ein

Lied singen von Dingen, die zuerst einen Riesenspaß gemacht haben und dann „stecken geblieben sind“ und denen man nur mit furchtbarer Unlust begegnet ist.

Um die eigene Motivation nicht unnötig zu überspannen, ist es daher gut, den Führerschein (oder einen der beiden Teile) „in einem Rutsch“ statt „tröpfchenweise über einen längeren Zeitraum“ zu machen. So ein Rutsch lässt sich zum Beispiel in die Sommerferien legen (das sollte man aber vorher mit der richtigen Fahrschule vereinbaren). Damit kann man zum Beispiel den Theorieteil lernen, ohne von anderen (Schul-)aufgaben abgelenkt zu werden und sich zu verzetteln. Man kann das Ganze auch mit einem Freund oder einer Freundin zusammen machen (wenn man ein ähnliches Lerntempo hat, wie die Person).

Egal ob alleine oder zusammen in einem solchen Rutsch kann man die Begeisterung, Auto zu fahren, weiter in sich schüren, indem man versucht, „auf allen Kanälen“ etwas darüber zu lernen.

Besorg dir Bilderbücher, in denen erklärt wird, wie Autos innen aufgebaut sind. Such auf Youtube nach Videos darüber, wie ein Motor funktioniert. Vielleicht kennst du jemanden, der von sowas Ahnung hat und mit dir mal seinen Wagen auseinandernimmt, so dass du begreifst, was „intern“ passiert, wenn du bremsst oder einen Gang einlegst. Von vielen Autoherstellern gibt es inzwischen Autos mit Hybridantrieben oder reinem Elektroantrieb (ganz ohne Gangschaltung!), die die Umwelt schonen und die wieder anders gebaut sind. Die Geschichte des Automobils (und der von Bertha Benz und Rudolf Diesel) oder auch, welche Rollen Autos für die Menschen zu verschiedenen Zeiten gespielt haben, ist sehr spannend. Hierzu gibt es wieder Online-Videos, und –Texte, (Bücherei-)Bücher oder auch öffentliche Ausstellungen. Lade dir einen Fahrsimulator runter (hier durchfährt der Spieler in Echtzeit realitätsnahe Straßensituationen, gibt es für unter 10 €,.) und besorg dir (nur zum Laune-und-Fahrgefühl-Machen, nicht zum „Üben“) PC-Spiele mit Autorennen (kostenlos ist z. B. eine ältere Version von „Nascar Racing“). Vielleicht kennst du auch Musik oder Spielfilme, wo es ums Autofahren geht.

Sinn der Sache ist neben dem Begeistern, dass du in „deiner Auto-Zeit“ Fahrtheorie und -praxis von mehreren Seiten siehst und direkt mit etwas anderem Spannendem verknüpfen kannst.



Der Theorieteil: Um die theoretische Prüfung ablegen zu können, muss man 14 Theoriestunden besucht haben, was zum Lernen nicht ausreicht, da in den Theoriestunden oft nur die Fragebögen ausgefüllt werden. Es ist sehr zu empfehlen, sich ein Fahrschul-Lern-Programm (Vergleich im Internet, manche sind fehleranfällig) zu besorgen. So kann man in Ruhe, so lange wie man will und vor allem systematisch nach Themen (wie Vorfahrtsregeln oder Gefahrenzeichen) geordnet lernen.

Nach der Theorieprüfung hat man ein Jahr Zeit, um die praktische Fahrprüfung abzulegen.

Der Praxisteil: Das A und O bei der Sache ist der Fahrlehrer oder die Fahrlehrerin (ich nehme aus Schreibfaulheit im Folgenden nur die männliche Form). Es muss jemand sein, der dir rundum sympathisch ist und der so erklärt, dass du es auf Anhieb verstehst. Am besten, du wechselst noch vor der Auswahl der Fahrschule ein paar Worte mir ihm (notfalls gehst du in eine sehr große Fahrschule, in der du den Lehrer auch mehrmals wechseln könntest). Stell ihm ein paar kompliziert ausgedrückte Fragen und fall ihm beim Antworten ein paar mal ins Wort. Versuche aus dem Bauch heraus zu beurteilen, ob du mit diesem Menschen kannst oder ob nicht und wende dich beim geringsten Zweifel sofort an jemand anderen! Die Möglichkeit, dass sich ein Fahrschullehrer im Laufe der Zeit an dich anpasst, besteht kaum. Dasselbe gilt, natürlich auch, wenn du schon mit den Fahrstunden angefangen hast: Du kannst deinen Fahrlehrer jederzeit und ohne Konsequenzen wechseln!

Traue dich zu sagen, wenn dich das Autoradio stört, die Klimaanlage oder das Gerede der Person neben dir! Greife auch mal in den Plan des Lehrers ein, wenn er die für dich falschen Sachen wiederholt, deine Fehlerquellen falsch deutet oder du sonstwie nicht zufrieden bist. Geht er nicht genug darauf ein, wechsle den Fahrlehrer.

Lass dich, wenn du Fehler machst, nicht aus deinem Fahrfluss bringen, dann passieren oft noch viel mehr Fehler und du hast das Gefühl, es gar nicht zu können. Das ist aber falsch!

Probier, ob es dir hilft, das Praktische zusätzlich auf Papier zu lernen. Mach Notizen von den Fahrstunden oder mal dir auf, ab welchem Gang du hochschalten musst und warum.

Ganz nebenbei bemerkt: Siehst du überhaupt 3D? Schon mal testen lassen (bei einem guten Optometristen)?

Viele ADHSler haben eine Winkelfehlsichtigkeit und können kaum oder garnicht räumlich sehen.

Solltest du in der Fahrschule erzählen, dass du ADHS hast? Lieber nicht. Auch wenn du ein Formular u. a. zu deinen Vorerkrankungen ausfüllen musst, solltest du es nicht vermerken. Es ist hierfür nicht von Relevanz, aber kann dir Ärger einbringen. Deinem Fahrlehrer kannst du sagen, dass du manchmal ein bisschen verträumt bist oder dich nicht so gut konzentrieren kannst, oder was auch immer besonders auf dich zutrifft. Wenn er sich ein bisschen mit ADHS auskennt, wird er dich von selbst drauf ansprechen.

Medikamente beim Autofahren? Auf jeden Fall. Einige Studien belegen, dass das Unfallrisiko von Menschen mit ADHS, die keine Medikamente eingenommen haben, mehrfach erhöht ist, weswegen es in Ländern wie Schweden sogar verboten ist, als ADHS-Betroffener ohne die Medikamente Auto zu fahren. Achte auf Deine Medikamenteneinnahme vor der Fahrstunde, so verhinderst du, dass du während des Fahrens in einen Rebound (Abklingen der Dosis) kommst, auch das kann zu Fahrfehlern führen.

Vor Drogenkontrollen brauchst du trotzdem keine Angst zu haben. Erstens musst du dich nicht selbst belasten, zweitens nimmst du deine Medikamente nach Anordnung deines Arztes oder deiner Ärztin, die dir hierzu am besten eine Bescheinigung ausstellen sollten (und drittens handelt es sich, wie der Name schon sagt, um Medikamente, die, im Gegensatz zu Drogen, bei vorschriftsmäßiger Einnahme keinerlei Suchtgefahr bergen).

Hast du die Theorie verstanden? Dann gib Gas! Und immer dran denken: Es ist noch kein Meister vom Himmel gefallen!

#### ■ Marie-Luise

Dr. med. Fallahpour, Maria (Red.). Psychostimulanzien und Fahrtauglichkeit. Wie beeinflusst Methylphenidat das Fahrverhalten?

In: INFO Neurologie&Psychiatrie;  
Vol. 3 Nr. 6, Basel, 2008, S.16-21.

Ein Urteil lässt sich widerlegen,  
aber ein Vorurteil nie!

Marie von Ebner-Eschenbach

# Ausschreibung Film „AD(H)S in 30 Sekunden“

Szene: Zwei Jungen kommen aus dem Schwimmbecken. Einer beginnt loszulaufen, rennt um den Pool und beteiligt sich sogleich am Fußballspiel anderer Kinder. Der andere Junge steht zunächst unschlüssig am Beckenrand, nach einiger Zeit kommt die Mutter und trocknet ihn ab. Eine Stimme aus dem Hintergrund sagt: „Hyperaktive Kinder trocknen schneller. ADHS – Auch Du hast Stärken!“ Mancher erinnert sich vielleicht noch an die erfolgreiche Geschirrspülmittelwerbung mit den beiden konkurrierenden Orten Villabajo und Villarriba: Während in Lahmstadt noch abgetrocknet wird, spielt Hüphausen schon wieder Fußball.

Nicht witzig? Eine andere Szene: Ein Klassenzimmer, der Gong ertönt, alle Kinder bis auf ein Mädchen springen auf. Die Kamera zoomt auf das Mädchen, das starr seinen Füller aufs Paper drückt. Während die Tinte mitten im Wort eines halbfertigen Satzes einen immer größeren Fleck bildet, wandern die Augen zwischen Papier und Tafel hin und her. Den Aufbruch der Klassenkameraden scheint das Mädchen gar nicht mitzubekommen. Das Bild verschwindet wie im Nebel, eine Tafel erscheint: „Aufmerksamkeit ist nicht alles – doch ohne Aufmerksamkeit gelingt nichts!“

Zwei Ideen für kurze Filme, welche die AD(H)S darstellen. Verkürzt, auf ein Symptom reduziert, jedoch plakativ, witzig oder emotional und daher einprägsam. Die Werbung des Zeitschriften- und Fernsehzeitalters verschwindet mehr und mehr. An ihre Stelle tritt das Internet. Zum Inbegriff der kreativen Vielfalt sind Videoportale wie YouTube geworden. Kurzfilme wie die von MoveOn.org haben die letzte Präsidentschaftswahl in den USA entscheidend beeinflusst. 30 Sekunden Bild und Ton für eine Idee, ein Statement. 30 Sekunden für einen Film über die AD(H)S.

ADHS Deutschland e. V. braucht Werbung für sich und seine Arbeit. Wir brauchen Bilder, die auf uns verweisen. Bilder, die sich einprägen, für einen lustigen oder traurigen Moment der Anteilnahme. Bilder, die für den Humor und die Leidenschaft, für die Not und die Sorgen stehen, die mit der AD(H)S verbunden sind. Bilder, die in Deinem Kopf sind und anderen verständlich machen könnten, um was es beim Leben mit der AD(H)S geht.

Schenk uns Deine Bilder! Überlass uns Deine Ideen, aus denen wir einen Film von 30 Sekunden machen wollen. Schreibe uns ein Drehbuch, das eine kurze Geschichte zur AD(H)S erzählt. Witzig und anrührend, clever und ausdrucksstark. Für ein Video, das Du Deinen Freunden auf YouTube und Facebook, in StudiVZ oder bei Google, auf Deiner Homepage und in E-Mails empfiehlst. Bedingung: Die Geschichte muss sich um die AD(H)S drehen und soll v. a. über die Bilder sprechen. Deine Ideen müssen neu sein, die Geschichte darf nicht Worte und/oder Handlungen früherer Geschichten in Internetveröffentlichungen aller Art, in Büchern, Hörspielen, Fernsehen oder Kino kopieren!

**Was hast Du davon?** Du überlässt dem ADHS Deutschland e. V. die Rechte an Deinem Drehbuch in Wort und Bild zum beliebigen Gebrauch. Wir machen zunächst aus der besten Idee einen Kurzfilm von 30 Sekunden. Ist Deine Idee die beste, wird Dein Name im Film genannt. Gefallen uns auch andere Drehbücher und haben wir die nötigen Ressourcen dafür, sind weitere Filme denkbar. Der Einsender des besten Vorschlags hat die Teilnahme an einem Jägerlager in 2012 frei – für sich, sein Kind oder eine beliebige dritte Person, welche die Kriterien für die Teilnahme am Jägerlager erfüllt.

Die Einsendung der Drehbücher (eine E-Mail, ein Brief) erfolgt an die Geschäftsstelle des ADHS Deutschland e. V. (E-Mail: [info@adhs-deutschland.de](mailto:info@adhs-deutschland.de), Postadresse: Postfach 410724, 12117 Berlin). Teilnehmen kann jeder, ob Mitglied im ADHS Deutschland e. V. oder nicht, gleich welchen Alters. Die Einsendung mehrerer Ideen ist erlaubt. Einsendeschluss ist der 31. Oktober 2011. Die Auswahl der besten Einsendung erfolgt durch den Vorstand des ADHS Deutschland e. V. im November 2011. Weitere Infos zum Wettbewerb „AD(H)S in 30 Sekunden“ findest Du auf der Seite der Jägerburg ([www.jaegerburg.de](http://www.jaegerburg.de)), die Dir erklärt, was das Jägerlager ist. Mach mit und gewinne eine coole Woche in Ensfeld.

Wo zur Hölle liegt nur Ensfeld?! Das wird vielleicht der nächste Image-Film ...

■ Dr. Johannes Streif

# Eltern stützen – Kinder stärken

## Vorstellung des DRK-Zentrums Plön

Bei immer mehr Kindern in Deutschland wird eine Aufmerksamkeitsstörung mit und ohne Hyperaktivität (AD(H)S) diagnostiziert. Kinder mit AD(H)S sind oft abgelenkt, können sich nicht konzentrieren und haben Schwierigkeiten im Umgang mit anderen. Dagegen sind sie oft überdurchschnittlich intelligent und kreativ. Unter diesem Dilemma leiden Eltern, Lehrer und nicht zuletzt die Kinder selbst. Für Kinder und Eltern gibt es häufig nur wenig Hilfeangebote, die Eltern sind überfordert, die Kinder verunsichert.

Unter dem Motto „Eltern stützen – Kinder stärken“ bietet das DRK-Zentrum für Gesundheit und Familie Elly Heuss-Knapp-Haus in Plön im Rahmen von Mutter/Vater-Kind-Kuren diesen Kindern und Eltern besondere Hilfeleistungen an. Während des Kuraufenthaltes arbeitet eine Ergotherapeutin mit den Kindern allein oder in der Gruppe innerhalb der Psychomotorik- und Selbstmanagementeinheiten. Die Kinder lernen sich besser einzuschätzen oder zu erkennen, wie man Aufgaben bewältigt und die eigene Konzentrationsfähigkeit verbessert. Hierbei werden Wahrnehmung und Ausdauer geschult und die soziale Kompetenz sowie das Selbstkonzept der Kinder gefördert. Die Eigenverantwortung bei der Übernahme von selbständig zu erledigenden Aufgaben wird gestärkt – dies alles auf spielerische Weise.

Zusätzlich zu den Bausteinen „Selbstmanagement“ und „Psychomotorik“ für die Kinder findet als ergänzender Baustein eine spezielle „Elternschulung“ statt. Hier liegt der Fokus bei den Müttern/Vätern, die im stressigen Familien- und Berufsalltag mit der Erkrankung ihrer Kinder sehr gefordert sind. In der Schulung lernen sie nicht nur viel über die Erkrankung, sondern erhalten auch praktische Tipps zur Hausaufgabengestaltung oder zum Führen eines Punkteprogramms oder Lobtagebuchs u. v. m. So kann das Familienleben nach der Kur einfacher, entspannter und damit fröhlicher gestaltet werden.

Zudem orientiert sich das Schulungsprogramm auch an den Bedürfnissen/Fragestellungen der Eltern. Besonders wichtig und entlastend ist es für die betroffenen Eltern zu sehen, dass sie mit ihren Problemen nicht allein stehen. Dem regen Austausch untereinander kommt während des gesamten Aufenthaltes eine hohe Bedeutung zu. Die Mütter haben so Gelegenheit zusätzlich von den praktischen Erfahrungen der jeweils anderen zu lernen.

Die Kurmaßnahme bietet den Müttern und Kindern die Gelegenheit, losgelöst vom Alltag neue Sicht- und Verhaltensweisen in stressärmerer Umgebung auszuprobieren.

Die Mütter haben zusätzlich die Möglichkeit, in Einzelgesprächen mit der Psychologin, Diplom-Pädagogin oder Ergotherapeutin Hilfeleistung für ihren ganz persönlichen Familienalltag zu erhalten.



*DRK-Zentrum für Gesundheit und Familie in Plön*

Die Entlastung von den häuslichen Pflichten ermöglicht es den Müttern, zur Ruhe zu kommen und neue Kraft zu tanken. Bei Sport- und Kreativangeboten, aber auch im Rahmen von Gesprächskreisen und Schulungen, können sie sich auf sich selbst konzentrieren und zur Ruhe kommen. Physiotherapeutische Anwendungen, verschiedene Entspannungstechniken und Beratungsangebote runden den Aufenthalt in unserem DRK-Zentrum ab.

Die Schulpflicht eines Kindes ist kein Hindernis für eine Kurmaßnahme. Im DRK-Zentrum für Gesundheit und Familie in Plön findet werktags für Kinder der ersten vier Klassen unter der Leitung einer Grundschullehrerin Schulunterricht statt. So ist gewährleistet, dass die Kinder nach dem Aufenthalt im DRK-Zentrum problemlos an den Unterricht zu Hause anknüpfen können. Für Schüler ab der 5. Klasse wird montags bis freitags eine 90minütige Hausaufgabenbetreuung angeboten.

Das DRK Zentrum für Gesundheit und Familie in Plön liegt im Herzen der holsteinischen Schweiz, umgeben von Wald und mit einem eigenen Zugang zum Hölsee. Die wald- und wasserreiche Landschaft wirkt als mildes Reizklima und bietet beste Voraussetzungen für einen aktiven und heilsamen Aufenthalt.

Kostenlose Unterstützung bei der Beantragung einer Mutter- (Vater-) Kind-Kur erhalten Sie bei:

DRK-Kur und Reha gGmbH

Telefon: 0431 5707-530 / Freecall: 0800 6645691

Mail: [susann.doering@drk-sh.de](mailto:susann.doering@drk-sh.de)

Internet: [www.mutterkindkliniken.de](http://www.mutterkindkliniken.de)

# Kriterien zur Bewertung von Kliniken

Zur vollstationären Behandlung der ADHS  
DRK-Zentrum für Gesundheit und Familie  
Elly Heuss-Knapp-Haus Plön

Zutreffendes bitte ankreuzen – Mehrfachnennungen sind möglich

## 1. Um welchen Klinik-Typ handelt es sich:

### Klinik für Erwachsene

- Psychiatrische Klinik bzw. -abteilung
- Psychosomatische Klinik bzw. -abteilung
- Fachklinik für Suchterkrankungen
- Kur-Klinik bzw. medizinische und psychotherapeutische Rehabilitationseinrichtung
- Fach- oder Kur-Klinik für Erwachsene, in welche Kinder mit aufgenommen werden

### Klinik für Kinder bzw. Familien

- Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -abteilung
- Psychosomatische Klinik bzw. -abteilung
- Kinderklinik bzw. -abteilung
- Kur-Klinik für Kinder ohne Begleitung von Erwachsenen
- Kur-Klinik für Kinder in Begleitung von Erwachsenen bzw. Mutter/Eltern-Kind-Klinik

## 2. Welche therapeutische Verfahren kommen in der Klinik zur Anwendung bzw. werden angeleitet?

- |   |                                  |   |
|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie                                 | <input type="checkbox"/> einzeln | <input type="checkbox"/> in der Gruppe            |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologische Verfahren                     | <input type="checkbox"/> einzeln | <input type="checkbox"/> in der Gruppe            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gesprächstherapeutische Verfahren       | <input type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Psychomotorische Verfahren              | <input type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Entspannungsverfahren                   | <input type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ergo- und Kunsttherapeutische Verfahren | <input type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Alltagsnahes Coaching                   | <input type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input type="checkbox"/> Familientherapie                                   |                                  |   |

## 3. Über welche spezifischen Kompetenzen in der Behandlung der ADHS verfügt die Klinik bzw. verfügen ihre Mitarbeiter?

- Multiprofessionelles Team aus
  - Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,  Facharzt für Psychosomatische Medizin,
  - Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  Facharzt für Pädiatrie,  Psychologe,
  - Psychologischer Psychotherapeut,  approbierter Psychotherapeut,  Therapeuten in drei oder mehr der unter Punkt 2 genannten therapeutischen Disziplinen,  Sozialdienst für Erwachsene mit Kenntnissen in Nachbetreuung, Gesetzeslage, Arbeitsmarkt,  Sozialdienst für Kinder mit Kenntnissen in Nachbetreuung, SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz), Schule und Berufsbildung
- Nachweis spezifischer Fortbildungen der Mitarbeiter im Bereich der ADHS
  - Ausbildung in Klinikabteilungen oder Facharztpraxen mit wissenschaftlichem Renommee in der Behandlung der ADHS,  Fortbildungen zum Thema ADHS,  Zusammenarbeit mit Kliniken und/oder Universitätsambulanzen mit Erfahrung im Bereich der ADHS,  Mitgliedschaft der behandelnden Ärzte und Therapeuten in ADHS-spezifischen Fach- und Betroffenenverbänden,  Beteiligung von Mitarbeitern der Klinik oder Abteilung an Forschungsprojekten zum Thema ADHS

- Vorliegen eines schriftlichen Konzeptes zur Behandlung der ADHS für
  - Patienten,  Fachleute,  Krankenkassen; seit welchem Jahr liegt das Konzept vor? 2007
  - Wann wurde das Konzept zum letzten Mal aktualisiert? 2009
- Vorliegen eines schriftlichen Behandlungsplans für die Dauer des Aufenthaltes mit Aussagen zu
  - Therapiebausteinen,  Häufigkeit und Dauer der Therapiebausteine,  Zusammenhang des therapeutischen Angebots mit der ADHS-Symptomatik (Angaben zum spezifischen Nutzen),  Nachsorgeangeboten,
  - Hinweise auf Selbsthilfegruppen
- Kompetenzen in der Behandlung häufiger komorbider Erkrankungen
  - Depression,  Angststörung,  Zwangsstörung,  Tic-Störung (Tourette),  Störung aus dem autistischen Formenkreis,  Ess-Störung,  Psychosomatische Erkrankung,  Persönlichkeitsstörung,
  - Störung des Sozialverhaltens,  Lern- und Leistungsstörung

#### 4. ADHS-spezifische Elemente in der Behandlung:

- Aufklärung über das Störungsbild (Ursache, Symptome, individuelle und soziale Folgen)
- Aufklärung über nachweislich zur Behandlung der ADHS geeignete therapeutische Verfahren
  - Medikation,  Psychotherapeutische Verfahren,  Familientherapeutische Verfahren,
  - andere therapeutische Verfahren,  Coaching,  Sport,  Erziehungsberatung und Elterntaining
- Medikation mit
  - Stimulanzien,  Antidepressiva,  Neuroleptika,  Beruhigungsmitteln,  Schlafmittel,
  - Homöopathischen Mitteln und/oder Naturheilmitteln
- ADHS-spezifisches Coaching u.a. mit den folgenden Themen
  - Begabungen und Ressourcen,  Selbstorganisation im Alltag,  Ordnung im Haushalt und am Arbeitsplatz bzw. Schule,  Freundschaft und Beziehung,  finanzielle Belange einschließlich Schuldner-Beratung,  Zeitmanagement,  Förderung von Alltagsfertigkeiten,
  - Kenntnisse von Gesetzeslage und Leistungen von Krankenkassen, Arbeits- und Sozialamt

#### 5. Einbezug von externen Personen und Institutionen in die Behandlung:

- Einbezug von Familienangehörigen, Partnern und/er nahestehenden Freunden in die stationäre Behandlung (durch Berichte)
- Einbezug von vor- und nachbehandelnden Ärzten und/oder Therapeuten in die stationäre Behandlung
- Einbezug von Institutionen/Einrichtungen in die stationäre Behandlung
  - Schule bzw. Arbeitgeber,  Jugendamt,  Sozialamt,  Arbeitsamt,  Private Anbieter von ADHS-spezifischem Coaching,  Partnerschafts- und Familienberatung,  Erziehungsberatung und Elterntaining (intern in Klinik)
- Einbezug von Vereinen (u.a. Sportvereinen) und/oder organisierten Freizeitangeboten
- Einbezug von ADHS-Selbsthilfegruppen

#### 6. Angebote und Hinweise zur Nachbehandlung:

- Die Klinik bzw. die Abteilung bietet eine ambulante Nachsorge für Patienten an
- Ambulante ärztliche Betreuung durch Klinikärzte,  Ambulante (psycho-)therapeutische Behandlung durch Kliniktherapeuten,  Verschreibung von Medikation nach Entlassung aus der stationären Behandlung,
- Notfallkontakt zu durch die stationäre Behandlung vertrauten Klinikmitarbeitern,  Unterstützung durch den Klinik-Sozialdienst nach dem Ende der stationären Behandlung
- Die Klinik bzw. Abteilung verfügt über ein Behandlungskonzept, das eine erneute stationäre Aufnahme zur Fortsetzung der Therapie nach Ablauf einer bestimmten Zeit vorsieht
- Die Klinik stellt die im Verlauf der Behandlung gewonnenen Erkenntnisse,  nachbehandelnden Fachleuten und/oder  dem Patienten zur Verfügung in Form von  Arztbrief,  Testbefunden,  mündlicher Beratung,  telefonischer Verfügbarkeit für Nachfragen
- Einladung zu Nachtreffen von Patienten einer Therapie-Gruppe
- Einladung zu Fortbildungsveranstaltungen : Vorträge, Gesundheitsgespräche, Workshops
- Einladung zur Teilnahme an wissenschaftlichen Untersuchungen (z.B. zur Erforschung der Wirksamkeit von Therapieverfahren bei ADHS)
- Verweis an lokale Selbsthilfegruppen

■ Dr. Astrid Neuy-Bartmann/Dr. Johannes Streif

# Der wissenschaftliche Beirat stellt sich vor

## Prof. Dr. med. Klaus-Peter Lesch

Seit 1985 bin ich als Psychiater und Verhaltenswissenschaftler an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universität Würzburg, tätig. 2010 wurde ich auf den Lehrstuhl für Molekulare Psychiatrie der Universität Würzburg berufen. Im Rahmen der Klinischen Forschergruppe ADHS betreue ich mit meinen Mitarbeitern insbesondere Erwachsene mit ADHS. Unser Ziel ist es, in Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Arbeitsgruppen, die Ursachen und den Verlauf von ADHS über die gesamte Lebensspanne zu erforschen. Weitere Informationen zu den wissenschaftlichen Aktivitäten der Klinischen Forschergruppe ADHS sind unter [www.molecularpsychiatry.uni-wuerzburg.de](http://www.molecularpsychiatry.uni-wuerzburg.de) zu finden.

Ich bin mit Silke Gross-Lesch verheiratet, die ebenfalls als Psychiaterin tätig ist; wir haben 4 Kinder.



Prof. Dr. med. Klaus-Peter Lesch

## PD Dr. med. Alexandra Philipsen Universitätsklinikum Freiburg



### Position in der Klinik

- Geschäftsführende Oberärztin der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
- Oberärztin der Borderline Station  
<http://www.uniklinik-freiburg.de/psych/live/patientenversorgung/stationen/station-8.html>
- Leiterin der AG Borderline  
<http://www.uniklinik-freiburg.de/psych/live/forschung/bereiche/ag-borderline.html> und AG ADHS im Erwachsenenalter  
<http://www.uniklinik-freiburg.de/psych/live/forschung/bereiche/ADHS.html>

### Qualifikationen

- Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
- Supervisorin für Verhaltenstherapie (Freiburger Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie, FAVT)
- Supervisorin für Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)

- Mitglied Weiterbildungsausschuss Bezirksärztekammer Südbaden (Fachgutachterin, Prüferin)
- Dozentin an mehreren Ausbildungsinstituten für Verhaltenstherapie

### Forschungsschwerpunkte

- Neurobiologie der Emotionsregulation und Impulskontrolle am Beispiel der Borderline Störung und ADHS im Erwachsenenalter
- Entwicklung und Evaluation neuer Psychotherapieverfahren („Freiburger Konzept“ bei ADHS im Erwachsenenalter, BMBF-gefördert, 01GV0606, 01GV0605)
- Epidemiologische Untersuchungen und Komorbiditätsforschung
- Klinische pharmakologische Studien (z.B. Oxytozin bei Störungen der sozialen Kognition, Methylphenidat bei ADHS)
- Brain Imaging

### Ausbildung

- Studium der Humanmedizin, Altphilologie und Romanistik an der Albert-Ludwigs Universität Freiburg; Promotion an der Universität Freiburg, Abteilung Neuropädiatrie
- Facharztausbildung Abteilung Neurologie und Psychiatrie Universitätsklinik Freiburg
- Seit 2006 Oberärztin der Klinik

### Klinische Schwerpunkte

- Borderline Persönlichkeitsstörung, ADHS im Erwachsenenalter, Impulskontroll- und affektive Störungen und deren pharmakologische und störungsorientierte psychotherapeutische Behandlung stationär, teilstationär und ambulant.

# „The many faces of ADHD“

Mitgliederversammlung des ADHD Europe aisbl



ADHD Europe aisbl

## Am Wochenende 26./27. Februar fand die jährliche Mitgliederversammlung des ADHD Europe aisbl statt.

Man hatte im vorherigen Jahr beschlossen, eine ADHS-Konferenz in einem Land zu organisieren, in dem diese Krankheit bislang wenig bekannt ist bzw. nur unzureichend diagnostiziert und therapiert wird. Es hatten sich mehrere Länder dafür beworben und der italienische Selbsthilfverband AIFA hat den Zuschlag bekommen.

Titel der Konferenz war: „The many faces of ADHD“, zu deutsch „Die vielen Gesichter der ADHS“. Im Centro Congressi SALESIANUM kamen über 250 Interessierte zusammen, um den Vorträgen von sechs renommierten Fachleuten zuzuhören.

Dr. Pietro Panei aus Italien berichtete über die letzten drei Jahre, seit denen eine italienische Regierungsbehörde ein nationales ADHS-Register führt. Dr. Georgios Dermatis aus Griechenland referierte über die Komorbiditäten von ADHS, die verschiedenen Typen und Häufigkeit des Auftretens. Prof. Dr. Alessandro Zuddas aus Italien hielt einen Vortrag zur medikamentösen Therapie von ADHS, Dr. Ogrim Geir aus Norwegen zu möglichen verhaltenstherapeutischen Methoden. Frau Dr. Krause berichtete über ADHS bei Erwachsenen insbesondere Depression, Bipolare Störung, Beziehungen, Therapien, Coaching und die Schwierigkeiten im Berufsleben.

Zuletzt sprach Dr. Sandra Kooij aus den Niederlanden über ADHS-Besonderheiten bei Mädchen und Frauen.



Frau Dr. Myriam Menter im Gespräch

Am Abend und am nächsten Tag fand die Mitgliederversammlung von ADHD Europe aisbl statt, es standen neben einigen zu diskutierenden Themen auch Neuwahlen an. Für die Dauer von drei Jahren wurden Frau Dr. Myriam Menter als Präsidentin wiedergewählt, Isabel Rubio aus Spanien sowie Joanne Norris aus Belgien wurden als Vizepräsidentinnen, Rita Bollaert aus Belgien als Schatzmeisterin sowie Natasha Mishou aus Griechenland zur Schriftführerin gewählt. Als Beisitzerinnen wurden Tessa de Reus aus den Niederlanden, Kate Carr-Fanning aus Irland sowie Stephanie Clark aus Belgien gewählt.

■ Dr. Myriam Menter

# „Worte an den Verband“

Liebe Leser der neuen AKZENTE,

Ende der neunziger Jahre wurden meine Frau und ich das erste Mal mit der ADHS konfrontiert. Wie viele von Ihnen haben wir eine Entwicklung von der Angst vor der Störung über die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema durchlebt. Dabei haben uns unsere Selbsthilfegruppe und der Verband sehr geholfen.

Jetzt habe ich als Vorsitzender des ADHS Deutschland e.V. die Verantwortung übernommen, dass Sie, liebe Leser, die Sie aus den verschiedensten Gründen Hilfe suchen oder Menschen mit ADHS helfen, weiterhin bestmöglich von unserem Verband unterstützt werden. So wie meiner Familie in den vergangenen Jahren geholfen wurde, so werde auch ich alles daran setzen, für die vielen ehrenamtlichen Helfer des Verbandes die erforderlichen Strukturen zu stärken, beizubehalten und – wo möglich – zu verbessern.

Auf die damit verbundenen wichtigsten Aufgaben möchte ich im Folgenden kurz eingehen:

## **Unterstützung der Selbsthilfegruppen vor Ort**

Wer einmal die Erleichterung der „neuer“ Besucher erlebt hat, wenn sie erkennen, mit den Problemen nicht alleine auf der Welt zu sein, weiß, wie wichtig die Selbsthilfe ist. Sie ist durch nichts zu ersetzen – weder durch Bücher noch durch Internetforen oder andere Informationsangebote. Die Hilfe zur Selbsthilfe ist eine der wichtigsten Aufgaben des Verbandes und muss kontinuierlich durch Informationen, Unterlagen und Fortbildungsveranstaltungen unterstützt werden.

## **Beratung und Aufklärung**

- Wer kennt sie nicht, die unsäglichen Medienberichte, die fernab von jeglicher Evidenz, medienwirksam in Szene gesetzt, über böse Eltern berichten, die ihren Kindern Betäubungsmittel verabreichen. Berichte, die die Frage einer wirksamen individuellen Therapie reduzieren auf das Thema Medikation. Berichte, die geschickt von Studien neuer Therapieansätze berichten ohne die Quellen zu benennen.
- Die Presse- und Meinungsfreiheit in unserer Gesellschaft sind ein hohes Gut. Insofern müssen wir solche Berichte tolerieren. Es ist jedoch auch eine positive Entwicklung zu verzeichnen: Vergleicht man die Gesamtheit aller Informationen in den Medien über ADHS heute mit denen vor 10 oder 20 Jahren, so lässt sich feststellen, dass die Diskussion um die ADHS und ihre optimale Therapie insgesamt deutlich sachlicher



1. Vorsitzender Hartmut Gartzke

geworden ist – von einzelnen Berichten abgesehen, die unter dem Mantel eines kritischen Journalismus nur die Zuschauerquote oder Auflagenhöhe im Blick hat.

- Ich bin sicher, dass der ADHS Deutschland e. V. und seine Vorgängerverbände BVAH e. V. und BV AÜK e. V. zu dieser positiven Entwicklung viel beigetragen haben. Schaut man auf die angekündigten Veranstaltungen unserer Selbsthilfegruppen und Landesgruppen, so finden sich bundesweit alleine im September 2011 sieben Fortbildungen für Eltern, Ärzte, Therapeuten, Erzieher, Pädagogen, Betroffene und Mitglieder des Verbandes! Außerdem steht unsere Telefon- und Emailberatung jedem Ratsuchenden helfend zur Seite. Seit Neuestem gibt es sogar eine Emailberatung von Jugendlichen für Jugendliche.
- All das leisten wir ehrenamtlich. Darauf können wir im Verband stolz sein. Es ist die richtige Antwort auf eine unverantwortliche, unseriöse Berichterstattung. Und sie wird gehört. Wir werden um unsere Meinung gefragt – „Nicht immer, aber immer öfter“ – um in der Mediensprache zu bleiben. Diese Anfragen kommen inzwischen auch aus dem politischen Umfeld. Der ADHS Deutschland e. V. wird als glaubwürdiger Partner wahrgenommen, der zwar nachhaltig auf die Interessen seiner Mitglieder hinwirkt aber dabei immer sachlich und evidenzbasiert argumentiert.

## **Lobbyarbeit**

- Die Lobbyarbeit des Verbandes ist ein wichtiges Ziel. Die Vernetzung in Politik und Wissenschaft kann inzwischen als durchaus positiv bezeichnet werden.
- Wir werden gehört. Leider ist es aber noch ein weiter Weg vom „gehört werden“ zur Verbesserung der Lebenssituation eines ADHSlers.



Eine wissenschaftliche Erkenntnis zur optimalen Therapie ist lange noch nicht gleichbedeutend mit der optimalen Versorgung der Betroffenen. Hier gibt es in Deutschland eine erhebliche Diskrepanz – der Artikel einer Ärztin in der *neuen AKZENTE* ist nur ein Beispiel für die Realität eines hilfeschuchenden ADHSlers. Leider ist es nach wie vor an der Tagesordnung, dass die optimale multimodale Therapie dem Patienten blanke Theorie bleibt. Eine Spezialisierung auf ADHS ist unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten junger, selbständiger Ärzte nicht erstrebenswert. Und die Leistungen unseres Gesundheitssystems entsprechen in der Realität nicht den Erfordernissen der ADHSler. Hier gilt es den Politikern aufzuzeigen, wo die vielen Rädchen, die in einem funktionierenden System ineinandergreifen sollten, stillstehen, defekt sind oder sich sogar kontraproduktiv bewegen. Eine Investition in die Menschen mit ADHS entlastet das Gesundheitssystem von morgen. Als Leser der neuen Akzente haben Sie sicherlich viele Berichte über die Auswirkungen oder komorbiden Störungen der ADHS in guter Erinnerung.

### Projekte

- Während die Lobbyarbeit vielfach den Eindruck vermittelt, man könne systembedingt nur wenig bewegen, bietet die Projektarbeit dem Verband die Möglichkeit, konkrete Hilfsmöglichkeiten aufzuzeigen und im günstigsten Fall auch zu etablieren. Sei es durch die Unterstützung wissenschaftlicher Arbeiten oder auch durch eigene Projekte. Beispielhaft ist verbandsseitig ein Projekt in Planung, das Wissen über die ADHS in die Ausbildung von Unternehmen bringen soll. Wenn die Kinder mit ADHS endlich die Hürde Schulabschluss gemeistert haben, scheitern noch viel zu viele an der Ausbildung. Ursachen neben der eigentlichen Störung selbst gibt es sicherlich viele. Eines ist jedoch klar: Auch in der Ausbildung müssen das Unternehmen, die Ausbilder, die Auszubildenden und deren Eltern oder Coaches über das Thema ADHS Bescheid wissen. Hier gilt es eine Vernetzung zu etablieren, die dem Scheitern der von der ADHS betroffenen Auszubildenden entgegenwirkt.

Liebe Leser, dieses ist nur ein Auszug unserer Aufgaben und Ziele. Sie machen deutlich, welch enormer Einsatz von den vielen ehrenamtlichen Helfern des Verbandes geleistet wird.

Telefonberater, Emailberater, Gruppenleiter, Vorstandsmitglieder und unser wissenschaftlicher Beirat – hunderte von Menschen opfern ihre freie Zeit, weil sie den betroffenen Kindern, Partnern, Angehörigen oder auch nur den betroffenen Menschen das Leben besser gestalten wollen. Ich bin stolz, zum ersten Vorsitzenden dieses Verbandes gewählt worden zu sein. Herzlichen Dank an alle Helfer und auch an alle Mitglieder. Mit Ihrem Beitrag helfen Sie uns, dieses Angebot aufrecht zu erhalten.

Mein ganz besonderer Dank geht an unsere ehemalige Vorsitzende und neue Geschäftsführerin unseres Verbandes, Frau Dr. Myriam Menter. Ohne ihren unermüdlichen Einsatz „rund um die Uhr“ gemeinsam mit den Kolleginnen in den Geschäftsstellen wären die vielfältigen Aufgaben nicht zu bewältigen. Ihre professionalisierte Verbandsrepräsentation ist ein wichtiger Schritt, um unser vielfältiges Angebot kontinuierlich aufrecht zu erhalten und zu erweitern.

Ein weiterer Dank geht an unsere ehemalige zweite Vorsitzende, Karin Knudsen, die acht Jahre für den Verband ehrenamtlich aktiv war und nun aus persönlichen Gründen leider kein Vorstandsmandat mehr übernommen hat. In diesen Jahren hat sie uns mit viel Elan und Engagement in der Öffentlichkeit vertreten und bei vielen unserer Tätigkeiten unterstützt. Ihr Einsatz wird uns allen fehlen!

Neben den vielen Helfern benötigen wir insbesondere die Unterstützung unserer Mitglieder – die Mitgliedsbeiträge und Spenden helfen uns, unsere Arbeit zu finanzieren. Leider wird im Zeitalter des Internets die Bereitschaft für gute Informationen und der Unterstützung unserer Arbeit Mitglied zu werden, immer geringer.

Somit möchte ich meinen Artikel mit einem Appell an Sie, liebe Leser, schließen: Wenn Sie mit den Leistungen des ADHS Deutschland e. V. zufrieden sind, werben Sie neue Mitglieder! Wenn Sie mit unserer Arbeit nicht zufrieden sind, schreiben Sie uns oder – noch besser – engagieren Sie sich und helfen Sie uns, besser zu werden.

Ihr  
Hartmut Gartzke  
1. Vorsitzender

# Berlin – Mitgliederversammlung, Patiententag 2011

Fortbildung der Regionalgruppenleiter 28.-29. Mai 2011



*Mitgliederversammlung 2011*

In diesem Jahr fand unsere Mitgliederversammlung/Symposium in Berlin statt. Parallel zum 3. Internationalen ADHS-Kongress im ICC Berlin, der sich an Fachleute wendet, hatten dessen Organisatoren Professor Warnke und Professor Gerlach wiederum einen Patiententag – mit namhaften Referenten – mit Unterstützung unseres Verbandes angeboten, so dass wir statt eines eigenen Symposiums dort teilnahmen.

Doch der Reihe nach:

Für einige von uns begannen die Termine in Berlin schon einige Tage früher, denn die ADHS-Verbände hatten auf besagtem Kongress einen gemeinsamen Infostand. Und so informierten der ADHD Europe aisbl, der AdS e. V., Tokol e.V., der BV AD e. V. und der ADHS Deutschland e. V. gemeinsam über die Selbsthilfelandchaft der ADHS in Deutschland.

Unsere Mitgliederversammlung am Samstag begann etwas holperig. Offenbar sind nicht nur ADHSler desorganisiert, zuweilen können das auch Tagungshotels sein. Der Saal, der uns ab neun Uhr morgens (!) zur Verfügung stehen sollte, war bis fünf nach neun belegt. Zum Ausgleich war der Zugang so eng, dass wir sowieso nicht alle pünktlich mit sämtlichen erforderlichen Wahlunterlagen im Saal hätten sein können. Dafür war die Versammlung selbst umso harmonischer. Es wurde kontrovers diskutiert, aber nicht gestritten. Am Ende der Versammlung hatten wir einen neuen Vorsitzenden und Frau Dr. Menter steht dem Verband als Geschäftsführerin zur Verfügung. Die Wahlergebnisse im Einzelnen:

1. Vorsitzender: Hartmut Gartzke
2. Vorsitzender: Dr. Johannes Streif
- Schatzmeisterin: Karin Seegers
- Schriftführer: Patrik Boerner
- Beisitzer: Detlev Boeing, Herta Bürschgens, Gerhild Gehrmann, Dr. Astrid Neuy-Bartmann, Sabine Nicolei, Dr. Klaus Skrodzki, Bärbel Sonnenmoser, Reinhard Wissing



*Der alte und der neue Vorstand mit den Beisitzern*

Wir danken den ausscheidenden Vorstandsmitgliedern ganz herzlich für ihren Einsatz und die geleistete Arbeit in den vergangenen Jahren.

Nach der Mittagspause wurden wir mit dem Bus ins Virchow Klinikum gebracht um dort am Patiententag teilzunehmen. Zunächst sprach Dr. Skrodzki zum Thema „ADHS – Herausforderung für eine Gesellschaft im Umbruch“. Er beleuchtete die Folgen, die die Technisierung und der demographische Wandel unserer Gesellschaft nach sich ziehen und stellte die Frage, inwieweit das Einfluss hat auf das Auftreten und die Häufigkeit von ADHS.

Danach gab uns Professor Lesch eine Zusammenfassung des Kongresses. Über 2000 Teilnehmer aus mehr als 72 Ländern waren zusammengekommen und hatten an den Veranstaltungen zum Thema „From Childhood to Adult Disease“ teilgenommen. Es gab große Plenarvorträge mit mehr als 1500 Zuhörern, volle Hot-Topic-Symposien, Guided Poster Tours, das Speakers Dinner usw. Fazit war, dass ADHS eine dimensionale Störung in vielfacher Hinsicht ist. Erwachsene haben oft eine verspätete Reifung, 30% von ihnen bleiben auch weiterhin betroffen.

Die geschätzten Kosten einer Behandlung der adulten ADHS sind deutlich geringer als die Kosten, die bei Arbeitslosigkeit, Depression, Alkohol- und Drogenproblemen anfallen. Es lohnt sich also auch unter wirtschaftlichen Aspekten, eine ADHS zu behandeln. Therapien sollten möglichst früh beginnen und solange wie möglich durchgehalten werden.

Und dann kam die Qual der Wahl, welchen Workshop sollte ich nehmen? „ADHS-Therapien für Erwachsene“, „Von der Wiege bis zur Bahre – ADHS in der Familie“, „ADHS in der Wissenschaft“ oder „ADHD – Paying attention in a multi-tasking world“? Meine Wahl fiel auf Nr. 2 und ich erfuhr interessante Fakten.

Die Diagnosesysteme für Jugendliche und Erwachsene werden überarbeitet im Hinblick auf Kernsymptome, Komorbiditäten und Funktionsbeeinträchtigungen. In der Entwicklung eines Menschen verändern sich die Symptome der ADHS (Symptomshift), die Hyperaktivität nimmt im Allgemeinen ab, dafür nehmen andere Beeinträchtigungen zu. Das Risiko einer Schwangerschaft unter 20 Jahren ist für eine junge Frau mit ADHS 40fach höher als im Durchschnitt. Zu einer ADHS im Erwachsenenalter gesellen sich oft Essstörungen.

UND: Nichts ist erblicher als ADHS, mit Ausnahme der Körpergröße!

Das Abendessen und gemütliches Beisammensein fand in unserem Tagungshotel im St. Michaels Heim statt. Und mit einem traumhaft guten Büffet machten die Köche die morgendliche Panne mit dem Tagungssaal wieder wett.

Am nächsten Morgen, nach einem guten Frühstück, ging es in die interne Gruppenleiterschulung. Ich wählte ADHS und Sport. Es interessierte mich, welche speziellen Schwierig-

keiten ADHSler im Sportunterricht haben. Aber das war nicht das eigentliche Thema dieses Workshops.

Es ging vielmehr darum, dass – richtig eingesetzt – Sport ein Teil der ADHS-Therapie werden kann. In den Vortragspausen machten wir Bewegungsspiele, z. B. „Keulendieb“ oder „Ampelspiel!“, die den theoretischen Stoff auflockerten und mir ein Gefühl dafür gaben, wie dankbar ein Schüler sein kann, wenn er nicht allzu lange still sitzen muss. Dieser Workshop war sehr lebendig und hat den Beitrag, den Frau Prof. Ludwig in „neue Akzente Nr. 88“ veröffentlichte, hervorragend ergänzt.



Hartmut Gartzke und Dr. Myriam Menter

Mittags trennten sich dann unsere Wege und wir machten uns alle auf den Heimweg, jeder in eine andere Richtung. Ich habe von dieser Veranstaltung viele Impulse mit heimgenommen und freue mich schon auf die nächste Fortbildung.

■ Sabine Nicolei

Unsere Zweifel sind Verräter.  
Wir verlieren durch sie oft Gutes,  
das wir gewinnen könnten,  
wenn sie uns nicht Angst machten,  
den Versuch zu wagen

William Shakespeare

# Kinder mit AD(H)S – das pure

## Vergnügen! Kinder- und Jugendprogramm während Mitgliederversammlung und Patiententag



Die 30,1 m hohe Feuerleiter

**Wer kümmert sich um die Kinder und Jugendlichen während der Mitgliederversammlung? Während ihre Eltern sich für die Zukunft der Kinder engagieren, muss jemand für ihre Gegenwart sorgen.**

Im ADHS Deutschland e. V. leisten zahllose Menschen eine ehrenamtliche Arbeit, die jährlich in der Mitgliederversammlung zum Ausdruck kommt, bewertet und fortentwickelt wird. Damit diese Leistung möglich wird, müssen die Ehrenamtlichen „den Rücken frei haben“ – auch bezüglich der Betreuung ihrer Kinder.

Es besteht also die Aufgabe, eine unbekannte Anzahl von Kindern mit unbekanntem Alter aus dem ganzen Bundesgebiet so zu betreuen, dass sie

1. entwicklungsentsprechend sicher beaufsichtigt sind,
2. einen auch subjektiv erfreulichen Tag erleben und
3. auch mit AD(H)S teilnehmen können.

Dazu kommt noch der eigene Anspruch, das besondere Potential der Hauptstadt erlebbar zu machen, wenn man schon mal hier ist. Und weil nach der Mitgliederversammlung auch noch der Patientennachmittag des International ADHD Congress wartete, sollten die Kinder und Jugendlichen auch während dieses Zeitraumes betreut werden. Eine schönere Aufgabe kann man sich als bekennender Berliner und Pädagoge kaum wünschen.

Zunächst war also zu überlegen, welche Bedürfnisse Kinder und Jugendliche mit AD(H)S vermutlich an eine solche Veranstaltung stellen. Ein paar Adjektive lagen auf der Hand: interessant, spannend, aufregend, abwechslungsreich, ungewöhnlich lustig, selbstwirksam, kommunikativ

und herausfordernd sollte das Angebot sein. Meine eigenen Ansprüche waren, dass es den regionalen Bezug zu Berlin geben sollte, sowohl als Stadt wie auch als Hauptstadt, und dass ich den Kindern und Jugendlichen den Wert von Teamarbeit und Unterschiedlichkeit vermitteln wollte. Damit es Spaß machen würde, mussten die Herausforderungen mit den bei AD(H)S häufigen Stärken zu bewältigen sein, ohne einem gleich in den Schoß zu fallen.

Für solche Situationen habe ich bereits in der Vergangenheit häufig Geländespiele, Schatzsuchen und Schnitzeljagden veranstaltet, übertragen auf diese konkrete Aufgabe nannte sich das dann „Stadt-Ralley“.

Relativ fest stand der zeitliche Rahmen: Mitgliederversammlung, Mittagessen, Patientennachmittag, Abendessen.

Ein Problem bestand dagegen in der erst kurz vor Beginn erkennbaren Anzahl und Altersstruktur der TeilnehmerInnen. In Abstimmung mit Frau Festini von der Berliner Geschäftsstelle und einigen Vorstandsmitgliedern entschieden wir uns für einen Zoobesuch am Vormittag und die Stadtralley am Nachmittag.

Der Zoobesuch hatte den Vorteil, dass er insbesondere für jüngere Kinder eine Aneinanderreihung vielfältiger attraktiver Teilziele darstellte und zeitlich flexibel gefüllt werden konnte. Die Aufsicht konnte durch drei Ehrenamtliche, darunter der Lehramts-Referendar Christian van Hal aus Berlin als Leitung, abgesichert werden.

Für die Stadtralley waren drei Stationen vorgesehen. Der Paternoster im Rathaus Schöneberg war mein erster Gedanke. Die alte Technik wirkte auch auf mich selbst immer faszinierend, das umgebende Rathaus war während der Mauer-Jahre für ganz Berlin (West) Sitz der Landesregierung und oben im Turm hängt auch noch die Freiheitsglocke, begleitet von einer kleinen Ausstellung über die Nachkriegszeit.

Das Brandenburger Tor sollte eine weitere Station sein. Das Wahrzeichen der Stadt, der Deutschen Wiedervereinigung und die gute Stube der Republik mit hohem Wiedererkennungswert für alle Berlin-Besucher.

Dank eines meiner Wasserwacht-Kameraden, einem Berliner Feuerwehr-Beamten, wurde es als besonderes Highlight möglich, die Feuerwache Kreuzberg zu besuchen. Hier kamen eine Menge Attraktivitäten zusammen: die Lage im legendären und über die Stadtgrenzen hinaus bekannten

Bezirk Kreuzberg, die spannende und gerade für Menschen mit AD(H)S attraktive Tätigkeit der Feuerwehrleute und die sehr eindrucksvolle Technik, die dort im Dienste von Sicherheit und Lebensrettung zum Einsatz kommt. Verbunden werden sollten die Stationen durch die öffentlichen Verkehrsmittel, die für manche der jungen Berlin-Besucher schon alleine eine aufregende und interessante Sache war.

Es standen vier Ehrenamtliche für die Durchführung zur Verfügung, hinzu kamen der Kreuzberger Feuerwehrbeamte und ein Mitarbeiter der Touristen-Information vom Brandenburger Tor, die ebenfalls unentgeltlich mitwirkten. In der letzten Woche vor Beginn wurde klar, dass wir nur zwei Gruppen für die Rallye brauchen würden, und ich entwarf die Aufgabenzettel, anhand derer die Gruppen die Stationen aufsuchen sollten.

Am Samstag, dem 28. Mai sollten der Zoobesuch und die Stadt-Rallye stattfinden, daher nutzte ich den Freitag davor, um die Aufgabenzettel an die vorgesehenen Stationen zu verteilen. Einen klebte ich an die Kellerwand, an dem der Paternoster des Rathauses Schöneberg während der Kellerdurchfahrt vorbeifährt. Als ich das Rathaus verlassen wollte, fragte ich sicherheitshalber noch einmal die Pförtnerin, von wann bis wann am Samstag geöffnet ist. Dabei erfuhr ich, dass am morgigen Samstag aufgrund von Bauarbeiten der Strom abgeschaltet werden sollte und der Paternoster nicht zugänglich wäre! So ein Scheibenkleister! Ich suchte fieberhaft nach einer Ausweichstation, als im Radio der „Tag der offenen Tür“ im Berliner Abgeordnetenhaus angekündigt wurde – das war die Rettung. Ich änderte die Laufzettel, ergänzte das Material um eine Videokamera und konnte wieder entspannen.

Der große Tag kam. Er begann mit den Auswirkungen eines Kommunikationsproblems: Ich hatte vorgesehen, dass die Kinder um 9:00 Uhr von Ihren Eltern am Zoo in die Obhut der Betreuer gegeben würden, doch davon hatten die Eltern gar keine Kenntnis bekommen! Also mussten die Kinder vom St. Michaels-Heim, dem Ort der Mitgliederversammlung, zum Zoo gebracht werden. Dort, mit etwas Verspätung angekommen, verbrachten sie jedoch einen interessanten und spannenden Vormittag, wie ich hinterher von ihnen erfuhr. Auch die Betreuer zogen eine positive Bilanz: die Kinder wären ja alle so nett, so interessiert und so aufmerksam gewesen!

Während der Mittagspause musste ich noch einige geänderte Aufgabenzettel zum Brandenburger Tor bringen, dann ging es auch schon wieder los. Christian van Hal brachte die Gruppe zum Treffpunkt am S-Bahnhof Grunewald. Die beiden Gruppen waren schon eingeteilt. Christians Gruppe machte sich zuerst auf den Weg zum Berliner Abgeordnetenhaus. Die Gruppe hatte die Aufgabe

sich eine oder mehrere Fragen zu überlegen, die sie den Vertretern der Parteien dort stellen könnten, und dies auf Video aufzunehmen.

Auf dem Weg kam es zu engagierten Diskussionen über den besten Weg mit Bus und Bahn, doch schon nach verblüffend kurzer Zeit einigte sich die Gruppe.

Vor Ort zeigte sich, dass der Akku der Videokamera defekt war, doch das glückte die Teilnehmer durch ein videotaugliches Handy mühelos aus. Gut, wenn jemand mit Sinn für Technik in der Gruppe ist! Es war erstaunlich: Eines der Kinder bewies eine sehr ruhige Hand beim Filmen und das über lange Zeiträume hinweg! So entstand eine wunderbare Erinnerung für die ganze Gruppe. Die anderen stellten den Politikern ihre Fragen, z. B.: „Was denken Sie über den EU-Beitritt der Türkei?“, „Was fällt Ihnen zum Stichwort AD(H)S ein?“ und „Warum lügen Politiker so oft?“

Die Antworten der Politikerinnen und Politiker waren sehr vielfältig, sowohl im Inhalt als auch in der Art und Weise, wie sie den Kindern und Jugendlichen gegenüber vorgebracht wurden: bei manchen ernsthaft und bemüht, bei anderen nervös und unsicher, teilweise diplomatisch weichgespült und teilweise verblüffend ehrlich, insgesamt sehr aussagekräftig und spannend. Dementsprechend boten sie viel Anlass für weitere Gespräche in der Gruppe und darüber hinaus.

Währenddessen sollte die andere Gruppe am Brandenburger Tor „Herrn Rosato“ finden, der ihnen die eigentliche Aufgabe übergeben sollte. Dazu muss gesagt werden, dass der Pariser Platz und der dem Tiergarten zugewandte Platz vor dem Brandenburger Tor voll von Menschen war, ganze Touristenscharen zogen fotografierend umher. Kurz vorher war hier außerdem ein Demo-Zug gegen Atomkraft gestartet. Nun hieß es also: Leute ansprechen, je mehr desto besser! Während die älteren Teilnehmer sich ganz schön überwinden mussten, hatten die jüngeren (dank AD(H)S-bedingter tendenzieller Distanzlosigkeit) weniger Probleme: „Entschuldigung, sind Sie zufällig Herr Rosato?“ konnte man hundertfach hören.

Es war wirklich schwierig! Schließlich entdeckte einer der Teilnehmer den Gesuchten: Herr Rosato arbeitete in der Touristen-Information, die direkt im Brandenburger Tor einen kleinen Shop betreibt. Er gab den Aufgabenzettel heraus, demzufolge die Kinder erstens herausfinden sollten, warum das Brandenburger Tor in der Mitte eine breitere Durchfahrt hat und zweitens jemanden Fremdes beauftragen sollten, Herrn Rosato diese Lösung zu präsentieren. Der erste Teil der Aufgabe war leicht zu lösen, schließlich bestand nun Routine darin, die Menschen anzusprechen. Etwas schwieriger war es schon, jemanden zur aktiven Hilfe zu motivieren. Es gelang der Gruppe immer besser, den Touristen ihr Anliegen so vorzutragen, dass es schließlich klappte!

Nun rückte Herr Rosato nicht nur den nächsten Laufzettel heraus („Fahrt zur Feuerwache Kreuzberg“), sondern auch für jeden einen kleinen Stadtplan der Berliner Innenstadt. Um das Team der Feuerwache Kreuzberg nicht mit zwei Durchläufen zu belasten, trafen sich beide Gruppen dort zur gleichen Zeit. Die Fahrt mit der S-Bahn und U-Bahn mit Umsteigen haben beide Gruppen hervorragend gelöst, wenn auch mit einigen Abenteuern verbunden.

Die Feuerwache Kreuzberg ist von außen durch ihre großflächigen Graffiti deutlich von anderen Wachen zu unterscheiden – das war die erste Überraschung für die Gruppen. Der Feuerwehrbeamte Peter Robert begrüßte uns und stellte die Aufgabe: „Findet heraus, welche Höhe die Drehleiter maximal erreichen kann!“ Wie ließ sich das ermitteln? Der Drehleiterwagen stand schon auf dem Hof, die Leiter war seitlich abgesenkt und uns erwartete der an der Leiter befestigte Korb. Die ersten Mutigen schlüpfen in ein Gurtgeschirr, stiegen ein und hakten ihr Geschirr am Korb ein. Erst stieg die Leiter, bis sie fast senkrecht stand, dann fuhr sie immer weiter aus.

Nach und nach konnten alle, die Lust darauf hatten, sich überzeugen: Die Leiter erreichte 30,1 Meter – und bot damit auch einen fantastischen Ausblick über die Dächer von Berlin.

Herr Robert hatte bei seinen Erklärungen übrigens auch fachlich kompetente Gesprächspartner, unter uns befanden sich nämlich Jugendliche, die bei der Freiwilligen Feuerwehr und dem Deutschen Roten Kreuz organisiert sind.

Es gab noch weitere Einblicke in die Technik und die Ausstattung verschiedener Einsatzfahrzeuge. Und es wäre sicherlich noch länger so interessant weiter gegangen, wenn die Gruppen nicht noch die fehlenden Stationen hätten aufsuchen müssen. Während Christians Gruppe Glück hatte und Herrn Rosato noch am Brandenburger Tor antraf, wurde meine Gruppe am Abgeordnetenhaus enttäuscht: es kam niemand mehr rein!

Wir machten uns auf den Rückweg, unterhielten uns über die vielen Einzelheiten unserer Erlebnisse und einige der Jugendlichen besprachen schon, wie sie den Abend in Berlin angemessen verbringen könnten.

Als wir wieder im St. Michaels-Heim ankamen, wartete bereits das Abendessen – ein vielfältiges kaltes und warmes Buffet!

Nach dem Abendbrot saßen Christian und ich noch zusammen, sichteten die Fotos und entwarfen die Urkunden für die Kinder und Jugendlichen.

Wir waren beide ehrlich beeindruckt davon, wie erfolgreich beide Gruppen die Herausforderungen gemeistert hatten! Deshalb auch an dieser Stelle:

**Herzlichen Glückwunsch!**  
**Wir sind stolz auf Euch!**  
**Es hat uns Spaß mit Euch gemacht!**

■ Patrik Boerner

## Jugendveranstaltung in Berlin

Wie auch im Vorjahr fand nicht nur eine Versammlung für die „Alten“, sondern auch für die jüngeren Mitglieder im Verband statt.



„Stadtrallye“

ter von 14 – 20 Jahren in Berlin. Natürlich war diese Veranstaltung ähnlich wie die der „Großen“ konzipiert: Referent, Diskussionen und natürlich VIEL SPASS. Als Referent konnten wir Herrn Dr. Kömen (Kinder- und Jugendarzt aus Essen) gewinnen, der uns einen sehr interessanten Vortrag mit kombiniertem Workshop zum Thema „Groß werden mit AD(H)S“ hielt. Zwischendurch gab es natürlich auch Pausen, in denen Zeit war für ein Gespräch untereinander, mit dem Referenten als auch zum Bewegen (Bewegungsdrang abbauen). Am Mittag traf man sich dann mit den jüngeren Kindern, die den Vormittag im Zoo verbracht hatten, für die Stadtrallye mit Patrik Boerner.

Ich möchte mich hier nochmals sowohl bei Herrn Dr. Kömen für diesen sehr informativen Vormittag als auch bei Herrn Boerner mit seinen Helfern für den tollen Nachmittag bedanken.

■ Frederik

Darum trafen sich am Samstag ca. 20 Jugendliche im Al-

# Der erste Flug des jungen U.

Seit langem ist klar, dass wir ein Wochenende in Berlin verbringen, damit Bärbel am ADHS-Kongress teilnehmen kann, auch wenn am Sonntag ihr Geburtstag ist. Sie fliegt schon Donnerstag früh, ich komme Freitagnachmittag nach und soll dabei U. „betreuen“, da er zum ersten Mal fliegt.

Am Mittwochabend werde ich nochmals instruiert, die Sitzplatzreservierung am Donnerstag mit ihm zusammen durchzuführen, damit wir nebeneinander sitzen können. Ich finde eine Mail der Fluggesellschaft, die mich zum Online-Check-In einlädt. Es ist zwar schon 22:45 Uhr, aber ich hatte doch grade vorhin noch eine SMS von einer mir unbekanntem Nummer bekommen „Treffpunkt Terminal 3“ – also kann ich es sicher wagen, ihn noch anzurufen. Er sagt, er hätte auf Nachfrage zwar eine Bestätigungsmail der Fluggesellschaft bekommen, aber nein, eine Einladung zum Check-In, die hat er nicht. „Okay, dann mach ich mal meine Reservierung und dann schauen wir eben morgen nach einem Platz für Dich daneben. Ich sitze auf 12D. Ich bin dann so gegen 14:00 Uhr am Flughafen“

„Ich traue der S-Bahn nicht, ich bin dann schon so gegen 13:30 dort – ich bin dann eh schon nervös. Bis morgen!“

Um 12:50 bekomme ich eine SMS „Gibst Du mir mal bitte Deine Sitzplatznummer – ich checke mal mit der Fluggesellschaft“. Eine halbe Stunde später setze ich meinen Fuß in die S-Bahn und fahre um 13:54 pünktlich unter dem Flughafen ein, als mich ein Anruf erreicht und als ich erwähne, dass ich grade am Flughafen ankomme, kommt zurück „.... dann warte ich gleich hier am Schalter“. Ich schließe daraus – Sitzplatz ist nun auch geregelt. Nachdem ich U. gefunden habe, stellt sich diese Annahme als Irrtum heraus und wir checken erst mal die „Express Check-In“ Maschine. Die will uns aber nicht bedienen, da Bärbel den Flug gebucht hatte und die Maschine nur die Identifikation akzeptieren will, die bei der Buchung verwendet wurde. Die haben wir nicht und Bärbel ist schon in Berlin. Also ist es wohl besser, sich doch am Schalter anzustellen. Die zehn Personen vor uns sind relativ schnell bedient und nebenbei erfahre ich: Er hatte doch eine Mail der Airline, aber die hat er ausgedruckt – nicht gelesen. Doch er bekommt seinen Sitzplatz 6E mit Bordkarte und enttäuscht die Dame am Schalter: „Nee - ich nehme meine Tasche mit. Die kann ich ja oben reinstellen“. Noch kurz der Hinweis auf Gate 333 und die Boarding Time 14:25 und wir ziehen los.

Ein Schlag trifft uns, als wir die Schlange vor der Sicherheitskontrolle sehen – das klappt NIE bis 14:25! Es gibt einen Tipp: Vielleicht geht's ja in Terminal 1 schneller durch die Kontrolle. Also nichts wie hin und prüfen. Ich mache den Späher und tatsächlich – dort gibt es keine Schlange

außerhalb des Kontrollbereichs! Also U. anrufen und ins Terminal 1 umleiten zur Sicherheitskontrolle. Ich habe alle Kontrollen hinter mir – ich war ja schließlich die Vorhut – und habe mein Pflicht-Tütchen mit den Flüssigkeiten wieder eingesammelt, da sehe ich U. vor dem Metalldetektor stehen. Er geht durch und wartet auf seine Tasche. Die anderen vor ihm greifen gleich nach ihrer Tasche aus dem Scanner und gehen weiter. Seine Tasche lässt sich Zeit und dabei ist es mittlerweile schon 14:25. Der Sicherheitsmann geht auf ihn zu, scheint zu fragen, ob das seine Tasche sei. Die Geste ist eindeutig „bitte aufmachen!“. Die Toiletentasche wird herausgenommen: oh, ooh: Die Flüssigkeiten sind nicht in einer Plastiktüte. Böses Foul! Hätte er mal die Mail gelesen!

Da ist auch eine Spraydose dabei. Die Geste bedeutet wohl: Haben Sie noch ein Spray? Und tatsächlich wird der Tasche noch eine Spraydose entlockt. Das muss es nun sein. Ich sehe an der Wand einen Automaten, aus dem man sich die Plastiktütchen ziehen kann. Bevor ich den gerade aufkeimenden Gedanken in die Tat umsetzen kann, ihn mit einer Tüte zu versorgen, geht die Szene weiter. Die Geste des Sicherheitsmanns deutet ich als weitere Frage und U. greift wieder in die Tasche. Er wirkt doch schon leicht gestresst und was zieht er aus der Tasche? ... Ein Klappmesser, in „Ruhstellung“ schon 12-15 cm lang, also Machetes kleiner Bruder!

Ich gehe hin. Der Sicherheitsmann bekommt Unterstützung durch seine Kollegin. Es wird mit den Fläschchen hantiert und der Mann will ihm klarmachen: „Holen Sie sich eine Tüte für die Fläschchen hier und ...“. Weiter kommt er nicht. Nun gewinnt der Zeitdruck Oberhand und aus U. schießt es heraus: „Ich nehme meine Medikamente jetzt raus – mit dem Rest können Sie machen was Sie wollen, aber nur gegen Quittung!!!“

Ouuuh ! .. noch ein Foul!

Der Ton wird schärfer, die Mienen auf der anderen Seite erstaunt mit Tendenz zu fassungslos. Ich ziehe mal die Tüte aus dem Automaten (nein zwei, denn für einen Euro bekommt man gleich zwei!) und drücke sie ihm in die Hand. Um ihn zu beruhigen, schlage ich vor, dass er seine Flüssigkeiten eintütet und ich schon mal zum Gate vorausgehe und falls erforderlich darauf hinweise, dass er noch kommt. Der Weg über die Tüte ist ja nun vorgezeichnet und von dem Messer muss er sich halt verabschieden.

Es dauert noch ein paar Minuten, bis er mich am Gate einholt, aber ich konnte ihn vorab ja schon telefonisch beruhigen: Einsteigen hat noch nicht begonnen. Dennoch ist ihm der Stress ins Gesicht geschrieben.

Während wir auf das Einsteigen warten, scheint er das – kleine (?) – Abenteuer langsam zu verdauen.

Er hatte das Messer in seiner Tasche völlig vergessen, schließlich hat er es seinem Sohn vor einer Weile – man beachte! – aus Sicherheitsgründen abgenommen.

„Und um sicher zu gehen, dass er das Ding nicht hat, nimmst Du es einfach mal mit durch die Sicherheitskontrolle?“

Seine Gesichtszüge wollen sich nicht ganz festlegen und pendeln irgendwo zwischen verdutzt und angesäuert.

„Wenn Du so weitermachst, sitze ich nicht neben Dir.“

„Stimmt!“ – Grins: Schließlich hatte er ja Platz 6E bekommen.

Im Flieger angekommen, passt seine Tasche erst über Reihe 9 in die Gepäckablage. Ist ja kein Problem, aber nachdem wir gelandet sind, drängt natürlich alles nach vorn ... auch wenn erst mal nichts geht.

Seiner Geste über die Sitzlehnen hinweg entnehme ich die Bitte, seine Tasche mitzubringen. Ich weiß zwar nicht genau, welche Tasche seine ist und er kann grade nicht hingucken, aber das kriegen wir ja dann per Blickkontakt hin, wenn ich die Tasche erst mal erreicht habe.

Ich schaue zu meinem Rucksack auf meinem Sitz und werfe ihn über die Schulter. Als ich wieder aufsehe, setzt sich die Schlange der Passagiere in Bewegung. Also ich auf die Tasche zu, Blick auf Platz 6E und ... U. ist weg! Er wartet – mittlerweile wieder etwas entspannter – unten an der Treppe vor dem Flieger, ... aber ich hatte glücklicherweise die richtige Tasche dabei!

Nach dem Transport zum Flughafengebäude setzen wir uns einfach nur noch ins Taxi und fahren ins Hotel! Der Jungfernflug des jungen U. ist überstanden!

■ Walter Sonnenmoser

## „Didacta 2011 – in Stuttgart“

Das Fernsehen war da und die Deutsche Bibelgesellschaft. Die „Didacta“ ist eine Kulturmesse der besonderen Art, Anziehungspunkt für zahllose Pädagogen, Therapeuten, Verlagsvertreter und Schulmöbelhersteller. Auch der Bundesverband ADHS Deutschland e. V. war anwesend. Denn ADHS gehört zum Alltag in den Klassen und Pausenhöfen.

Die Skepsis in den Köpfen der Lehrerinnen und Lehrer scheint einem echten Interesse an ADHS zu weichen. Das Thema ist bedrängend und so nahmen viele gerne den Leitfaden für Lehrerinnen und Lehrer im Umgang mit ADHS in die Hand, der vom Bundesverband herausgegeben wurde. Allerdings scheint ADHS ein Thema für's Fußvolk zu sein. Zumindest bezogen auf die Besucher unseres Standes. Lehrer, Erzieher und Referendare ließen sich blicken, Vertreter von Schulämtern oder übergeordneten Stellen jedoch nicht.

Anfragen wurden jedoch reichlich und kompetent beantwortet. Dank des großen Teams von Mitarbeiterinnen und

Mitarbeitern und trotz kräftigen Erkältungs-Gegenwind war der Stand des Bundesverbandes stets gut besetzt.



*Raum gibt's in der kleinsten Hütte. Trotz gelegentlich beengter Verhältnisse und Schnupfen waren die Standbetreuer guter Dinge (hier: Ute von Baumbach, Johannes Streif, Uwe Metz, Bärbel Sonnenmoser)*

■ Uwe Metz



# „Brüllen hilft“

## 14. Deutscher Kinder- und Jugendhilfetag in Stuttgart–Juni 2011



*Nicht nur für kreatives Brüllen, sondern auch der Sangeskunst gewährte die Messe Raum. Hier ein kurzes Gastspiel von „Prinz Volker“ an unserem Stand.*

Ein Hauch von Idealismus, Kreativität und Ungewöhnlichem durchwehte die Räumlichkeiten der Stuttgarter Messe während des 14. Deutschen Kinder- und Jugendhilfetages<sup>1)</sup>. Hier konnten sich Einrichtungen, Unternehmen und Vereine mit ihren Konzepten für Kinder und Jugendhilfe allen Interessierten vorstellen. Die Bandbreite reichte weit:

Von kirchlichen Trägern bis zum Verein Jugendweihe Deutschland. In der Tat beeindruckend ist die große Zahl an Initiativen und Organisationen, die sich für die Förderung von Kindern und Jugendlichen einsetzen. Dies spricht – entgegen dem Ruf, dass hierzulande den folgenden Generationen immer noch nicht die angemessene Aufmerksamkeit zukommt, die sie verdient – für eine hohe Bereitschaft, sich zu engagieren.

Einen zunächst befremdlichen Eindruck vermittelten Schreie, die regelmäßig in der Halle zu hören waren. Handelte es sich um das Angebot eines Erste-Hilfe-Schnellkurses des DRK oder stellte sich eine Initiative zur Wiedereinführung mittelalterlicher Pädagogik vor? Nein! Das „Schreizelt“ gab dem Besucher die Möglichkeit, mal richtig aus sich herauszugehen, zu brüllen was die Lungenflügel hergaben und dabei ein Lichtbild von sich ablichten zu lassen. Die entspannende Wirkung des Gebrülls wurde durch das Gelächter angesichts des photographischen Ergebnisses verstärkt. Brüllen hilft. Wenigstens manchmal.

■ Uwe Metz

<sup>1)</sup><http://www.jugendhilfetag.de/Fachmesse.26.0.html>

# Lohnendes Wochenende in Münster

## Bericht über die Gruppenleiterschulung 2011 der Landesgruppe NRW

Am 18. und 19. Juni 2011 trafen sich wieder Regionalgruppen unseres Verbandes aus NRW zur jährlichen sehr informativen Fortbildung im Jugendgästehaus „Aasee“ in Münster. Samstagmorgen um 10.00 Uhr konnte die Leitung der Landesgruppe, Herta Bürschgens, 31 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den z. Z. 35 verschiedenen Regionalgruppen begrüßen, darunter vier neue Selbsthilfegruppen. Der Vormittag diente dem Erfahrungsaustausch und Bericht über die Aktivitäten der einzelnen Gruppen. In vielen Regionalgruppen treffen sich zunehmend Jugendliche und Erwachsene. Herta Bürschgens berichtete u. a. vom aktuellen Stand der Zulassung von Methylphenidat für Erwachsene und erläuterte noch einmal die Möglichkeiten des Newsletterbezuges und der Mitgliederinfos des Bundesverbandes im Internet.

Nach dem Mittagessen, das neben der Sorge für das leibliche Wohl auch viel Raum ließ für informellen Austausch, startete das Vortragsprogramm mit der Referentin Dr. Helga Simchen. Der Titel ihres Vortrags lautete: „ADHS bei

Erwachsenen und ihre stressbedingten Begleit- und Folgeerkrankungen.“ Die Zuhörerinnen und Zuhörer wurden grundlegend informiert über die schwerwiegenden Folgeerkrankungen durch Stress, in dem sich viele ADHSler befinden, insbesondere wenn sie nicht behandelt werden. Sehr häufig leiden die Betroffenen im Erwachsenenalter an Depressionen. Für Frau Dr. Simchen ist ADHS eindeutig nachgewiesen eine organische Störung im Gehirn. Um zunächst die Stressspirale zu unterbrechen, ist häufig eine medikamentöse Behandlung notwendig. Um den Patienten dauerhaft zu helfen, müssen ihre soziale Kompetenz und ihr Selbstwertgefühl aufgebaut werden.

Durch Übungen innerhalb einer Therapie und im Alltag kann man die Konzentrationsfähigkeit verbessern und auch das Selbstwertgefühl steigern. Besonders beeindruckend waren die Erläuterungen und bildlichen Darstellungen zu den Auswirkungen von ADHS im Gehirn. Belegt wurde vieles mit Ergebnissen von durchgeführten Studien und Erfahrungswerten aus der Behandlungspraxis.

Der Vortrag war für alle Anwesenden interessant, denn er beinhaltete sowohl Basiswissen wie auch Detailinformationen, die für viele neu waren.



Referentinnen Dr. Helga Simchen und Karin Nießen

Daran schloss sich der Vortrag von David Lenneper an, Ergotherapeut aus Düren. Er berichtete aus der Praxis, wie durch Ergotherapie die Handlungskompetenz und die Partizipation im Alltag von Kindern mit ADHS verbessert werden kann. Auswahlkriterien für einen geeigneten Therapeuten sind für ihn differenzierte Kenntnisse über ADHS, ein definiertes Behandlungsvorgehen und formulierte Etappenziele. Herr Lenneper stellte dann im Einzelnen die Trainingsmöglichkeiten bei ADHS in einer ergotherapeutischen Praxis dar. Besonders anschaulich wurde sein Vortrag durch viele Beispiele aus der Praxis. Herr Lenneper war so freundlich, die verwendeten PP-Folien den Teilnehmern der Schulung zur Verfügung zu stellen.

Nach einer kleinen Pause ging es weiter mit einem kurzen Referat von Uwe Mühlig, Gruppenleiter aus Krefeld. Er gab einen fundierten Einblick in die Kampfkunst Aikido als gut geeignete Sportart für ADHS-Kids. Der Sport ist geprägt vom Respekt vor dem Trainingspartner und dem Einhalten der notwendigen Regeln. Die Abläufe im Training sind gut strukturiert und deshalb auch für ADHS-Kids überschaubar. Erfolge sind schnell erreichbar, was gerade das Selbstwertgefühl der Kinder stärkt.

Seinen Abschluss fand der Samstag im gemütlichen Abendessen und gemeinsamen Aktivitäten, die von Teilnehmern der Regionalgruppe Münster begleitet wurden.

Der Sonntag begann mit dem zweiten Vortrag von Dr. Helga Simchen mit dem spannenden Titel „Auch Männer haben ADHS ...“. An Hand verschiedener Fälle aus ihrer Praxis stellte sie Besonderheiten heraus, wie Männer mit ihrer Störung umgehen und was bei der Behandlung von Männern mit der Diagnose ADHS zu berücksichtigen ist. Männer sehen ihren sozialen Status bedroht und geraten

dadurch unter massiven Stress. Sie lehnen häufig Hilfe ab, was zu selbst oder fremd schädigendem Verhalten führt. Männer müssen deshalb vorsichtig behandelt werden, um ihr Selbstbild vom „starken Mann“ nicht zu gefährden.

Den Abschluss des Vormittags machte die Referentin Karin Nießen, die als langjährige Lehrerin an einer Hauptschule viel Praxiserfahrung über ADHS gesammelt hat. Sie arbeitet unter anderem in der Schulberatungsstelle MOTIVIA in Alsdorf. Ihr Vortrag hatte besonders die Eltern-/Lehrerbeziehung im Focus und die Möglichkeiten, sich gegenseitig zum Wohle der Kinder zu unterstützen.

Sie begann mit einer praktischen Übung, in der die „Vorurteile“ der Eltern und Lehrer übereinander gesammelt wurden. Hier wurde die Wut, Enttäuschung, Angst und Unverstandeneheit der Eltern deutlich. Frau Nießen zeigte auf, dass viele Eltern von betroffenen Kindern mit solchen Gefühlen den Lehrern gegenüber treten, teilweise genährt durch eigene Erfahrungen aus der Schulzeit. Das Ziel ihres Vortrages war, aus dieser Erkenntnis heraus einen Weg zu finden, Gespräche zwischen Eltern und Lehrern stattfinden zu lassen, die frei von Schuldzuweisungen und partnerschaftlich geprägt sind. Der Vortrag war ursprünglich für Lehrer als Fortbildung konzipiert, bot aber auch uns Eltern viel Hilfe und auch ein bisschen Verständnis im Umgang mit Lehrern.

Nach dem gemeinsamen Mittagessen beendeten der Bericht aus der Landesgruppe NRW, u. a. zu den Finanzen, der Mitgliederentwicklung und zu aktuellen Themen und Fragen sowie ein kurzer Rückblick auf das Wochenende das diesjährige Treffen.



Aufmerksame Zuhörer

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer fuhren zufrieden und mit vielen neuen Informationen nach Hause. Man verabredete sich bereits für das nächste Jahr. Die nächste NRW-Gruppenleiter-Schulung findet wieder im JGH in Münster am 02./03. Juni 2012 statt.

■ Brigitte Wolf  
stellv. Landesgruppenleiterin NRW, Gütersloh

# Kongress der DGKJP in Essen vom 02.03. – 05.03.2011

## Zur Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

**Der folgende Artikel wurde anlässlich der Eröffnungs-Presskonferenz am Mittwoch, den 02. März 2011, als Statement des ADHS Deutschland e. V. in der Kongressmappe veröffentlicht.**

Die medizinische Forschung unserer Tage ist einem rasanten Wandel unterworfen. Neue Technologien, insbesondere im Bereich der Gentechnik, liefern Daten für ein verändertes Verständnis von Entwicklung und Verhalten. Daher wächst mit dem Fortschritt der biologischen Wissenschaft in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht zuletzt auch die Bedeutung der Psychologie, Pädagogik und Sozialwissenschaften. Schließlich ist die soziale Entwicklung des Menschen ein zentraler Aspekt kindlicher Verhaltensauffälligkeiten. Diese können jedoch nur erfasst und verstanden werden, haben Forschung und Klinik einen zuverlässigen Zugang zu Kindern und Jugendlichen, ihren Familien sowie Erziehern und Lehrern, welche im Alltag mit den Auffälligkeiten konfrontiert sind. Eine verlässliche Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sind daher ohne den Einbezug von Eltern, Lehrern und Erziehern nicht möglich. Schließlich bestimmen diese Personen den Alltag des Kindes: Sie müssen die Auffälligkeit als solche erkennen, das Kind dem Fachmann vorstellen, Symptome berichten, über Behandlungsschritte entscheiden und die Umsetzung der Therapien gewährleisten.

Die Selbsthilfe des ADHS Deutschland e. V. setzt in all diesen Bereichen an. Sie vereint mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen auch die Erfahrungen ihrer Angehörigen, sie sammelt vielfältige Perspektiven auf ein stets individuelles Leiden. Selbsthilfeorganisationen bzw. ihre Mitglieder haben einen freieren Zugang zu den Geschichten des „Gestört-Seins“ als Fachleute, ihre Gemeinschaft ist unverbindlicher als ein Arztbesuch und wird von manchem als weniger stigmatisierend empfunden. Auf diese Weise bietet Selbsthilfe in realen Gruppen, Telefonberatung oder Internetforen einen niederschweligen Zugang zu spezifischen Informationen und fachkundigen Ansprechpartnern. Zugleich ist sie ein guter Ausgangspunkt für weiterführende Maßnahmen, indem sie die Wahrnehmung der Betroffenen für das Auffällige schärft, Handlungsspielräume aufzeigt und die Sinnhaftigkeit von Therapie begründet. Nicht zuletzt fördert die Anbindung von Familien an Selbsthilfegruppen sowohl das gesellschaftliche Wissen um Störungsbilder im Allgemeinen als auch Kompetenz und Kontinuität ihrer Behandlung im besonderen Fall der jeweiligen Familie. Auf

diese Weise sind Selbsthilfeverbände wie ADHS Deutschland e. V. zu einem wirksamen Fundament der Medizin, Psychologie und Pädagogik geworden.



*Dr. Streif und Frau Veutgen*

Leider hatten Selbsthilfeorganisationen, hatte die Selbsthilfe als Idee in der Vergangenheit nicht immer einen guten Stand in Forschung, Lehre und Praxis. Für viele Verbände war nicht nur das Werben um Mitglieder eine Kernerarbeit, sondern auch das Bemühen um Berücksichtigung und Anerkennung durch die Vertreter eines professionalisierten Gesundheitssystems. Heute freuen wir uns zum einen über die Würdigung unserer Arbeit in den Medien. Zum anderen macht uns die Einladung zur Mitwirkung im Rahmen wissenschaftlicher Projekte und politischer Entscheidungsfindung stolz. Diese Bereiche haben einen elementaren Einfluss auf die Gesellschaft von morgen, ihren Begriff von Krankheit und die Ausgestaltung des Sozialstaats. In diese Prozesse wollen wir unser Wissen einbringen: ein am Lebensalltag der Betroffenen orientiertes Verständnis von Leid und Abhilfe; eine am Wohl der Gemeinschaft ausgerichtete Wissenschaft und Politik; und eine beidem gemeinsame Ethik, welche die Gesellschaft auf die Erkenntnis verpflichtet, dass es ihr als Gesamtheit nur so gut gehen kann wie dem Einzelnen in ihr.

Selbsthilfe ist ohne Fremdhilfe ein stumpfes Messer. Fremdhilfe ohne Selbsthilfe ist hingegen ein Messer, das allzu oft an der falschen Stelle schneidet. So braucht die Selbsthilfe die Kinder- und Jugendpsychiatrie – und diese nicht minder die Selbsthilfe.

■ ADHS Deutschland e. V.

# Bericht über den Ärztekongress von der SHG Essen

Die Selbsthilfegruppe „Trotzdem Gut“ aus Essen hat an diesen Tagen einen Stand mit tatkräftiger Hilfe von Herrn Mühlig aus Krefeld, Frau Dr. Menter sowie Herrn Dr. Streif als auch Frau Dolge von unserer Gruppe betreut.

Wir haben Material angeboten und viele Gespräche geführt, um das Thema AD(H)S weiter voran zu bringen. Es war interessant zu sehen, wieviel Unverständnis bei diesem Thema immer noch vorherrscht und jedes Klientel auf seiner Meinung beharrt. Aber man hat auch gesehen, dass die Menschen, die unvoreingenommen sind, auf dem Vormarsch

sind. Langsam wird's besser mit dem Umgang mit AD(H)S. Der Verband ist uns dabei eine große Hilfe.

Wir werden weiter machen, um das Beste für die Betroffenen zu erreichen: „Das es eines Tages kein Thema mehr sein wird und alle ohne Stigma im Leben ihren Weg gehen können.“

■ Claudia und Jörg Veutgen  
Leitung SHG Essen

## Tätigkeitsbericht der Regionalgruppe Helmstedt

Nach dreizehnjährigem Bestehen unserer Regionalgruppe konnten wir auch in diesem Jahr viele Betroffene und die Öffentlichkeit über die ADHS-Problematik und angrenzende Bereiche informieren. Neben der individuellen Beratung und üblicher Selbsthilfegruppenarbeit haben neun Bildungsabende stattgefunden.

Unser Jahresprogramm wird Anfang eines jeden Jahres an ca. 250 Interessierte verschickt. Durch die kontinuierliche und seriöse Bildungsarbeit steigt der Bekanntheitsgrad unserer Regionalgruppe stetig. Der Aufbau einer Email-Interessenten-Kartei hat in diesem Jahr begonnen. Mit dieser Möglichkeit werden bisher ca. 40 Personen/Institutionen zehn Tage vor unseren Bildungsabenden an das Treffen erinnert. Gerade von ADHS-Betroffenen wird das sehr begrüßt.

### Unsere Themenabende im letzten Jahr:

„Erfahrungsaustausch in gemütlicher Runde“ so lautete der erste Abend im Jahr. Neben der Vorstellung des neuen Programmes wurden persönliche Kontakte untereinander aufgebaut, bzw. gestärkt.

Nach Ausgabe der Halbjahreszeugnisse veranstalteten wir unseren Themenabend „ADHS und Schule“. Die Teilnehmer waren sehr interessiert und erzählten in der Gesprächsrunde, die nach dem gleichnamigen Film stattfand, einige Erlebnisse ihrer Kinder aus dem Schulalltag.

Fazit: In Schulen ist noch viel Informationsarbeit zu leisten.

Im März erläuterten uns zwei Mitarbeiter der Erziehungs-Beratungsstelle unserer Stadt ihre Hilfsangebote. Da der Abend in den Räumlichkeiten der Beratungsstelle stattfand, hatten die Teilnehmer die Möglichkeit sich vor Ort unverbindlich umzuschauen.

„Den Alltag managen – ADHS Probleme im Griff“ mit diesem Thema besuchte uns Diplom-Pädagoge Patrik Boerner. Nach einem sehr ausführlichen Vortrag zum Thema Coaching folgte ein gemeinsames „Expertenessen“.

Der Leiter des Institutes für Mathematisches Lernen referierte über „Die Qual mit der Zahl“. Rechenschwäche ist ein Thema, worüber gerade bei Grundschullehrern noch viel Aufklärungsarbeit zu leisten ist. Auch wurde kritisiert, dass viele Tests, gerade bei Kinder und Jugendpsychiatern, zu wenig aussagekräftig sind.

„Reiten als Erziehungshilfe“ stand als Nächstes auf dem Plan. Bewusst wurde das Thema ADHS aus dem Titel weggelassen. Dadurch kam es zu einem neuen Teilnehmerkreis, wodurch einige interessante Vernetzungen geknüpft werden konnten.

Ein Highlight in diesem Jahr war der Vortrag „Jugendliche @ Cyberspace – Vorsicht Bildschirm?“ von Dr. Bertte Wildt

von der Medizinischen Hochschule Hannover. Eindrucks- voll referierte der Mediziner, warum gerade die ADHS-Be- troffenen besonders anfällig sind eine Spielsucht zu ent- wickeln.

An einem Folgeabend gaben eine EDV-erfahrene Mutter und ein ortsansässiger IT-Kaufmann nützliche Tipps zum richtigen Umgang mit Medien im Familienalltag.

Ein weiterer Höhepunkt in diesem Jahr war Dr. Hans Bie- gert, Leiter der HEBO-Privatschule, Bonn, mit dem Thema „ADHS: Impulsiv und unaufmerksam, Lehrer und Eltern ohne Chance?“. Der Referent schaffte es durch seinen auf- gelockerten Vortrag, die Zuhörer mit der besonderen Art des Lernens von ADHSlern vertraut zu machen.

Unseren letzten Abend bestritt eine Helmstedter Buch- händlerin mit dem Thema „Hyperaktive Kinder – kein neues Problem, Hermann Hesse – ein beispielhafter Fall?“. Der Vortrag wurde von vielen „Hesse-Liebhabern“ besucht, die bisher noch kein Wissen über ADHS hatten. Dies war eine gute Gelegenheit, die Zuhörer auf Parallelen aus Hesses Leben zu einem ADHS-Lebenslauf hinzuweisen.

Sehr wichtig ist uns die Weiterbildung der aktiven Mitar- beiter unserer Regionalgruppe. Durch die Teilnahme an deutschlandweiten Symposien ist unsere Arbeit auf dem aktuellen Erkenntnisstand der Wissenschaft.

Durch das Erstellen und Versenden von speziellen Flyern zu einzelnen Veranstaltungen haben wir einen größeren Personenkreis auf unsere Regionalgruppe aufmerksam machen können. Auch ist die Bereitstellung/Präsentation dieser Informationen im Internet besonders zeitgemäß und effektiv.

Neben dem Erfahrungsaustausch der Betroffenen unter- einander ist die fachliche Information durch regionale und überregionale Referenten besonders wichtig. Die Bildungs- abende mit zum Teil sehr „hochkarätigen“ Referenten sind durch die finanzielle und praktische Unterstützung der Krankenkassen möglich. Dadurch konnten wir (wie auch

schon in den Jahren zuvor) auf Eintrittsgelder verzichten und somit Bildung für jedermann kostenlos anbieten.

Für die Unterstützung der Arbeit der Regionalgruppe Helmstedt des ADHS Deutschland e. V. im Jahr 2010 bedan- ken wir uns ganz herzlich!

Des Weiteren hatten wir die Möglichkeit, unsere Arbeit und das Krankheitsbild ADHS auf Fortbildungsveranstaltungen bei der Evangelischen Erwachsenenbildung und des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes vorzustellen.

Zu folgenden Institutionen konnte Kontakt aufgebaut, bzw. intensiviert werden:

- IML, Institut für Mathematisches Lernen, Braunschweig
- Autismuszentrum, Helmstedt
- Zil, Zentrum für integrative Lerntherapie, Braunschweig
- Lukas-Werk, Suchtberatungsstelle, Helmstedt
- KVHS, Kreisvolkshochschule, Helmstedt
- Viele Ärzte und Therapeuten in und um Helmstedt
- Selbsthilfekontaktstelle des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Helmstedt
- Katholische Erwachsenenbildung, Helmstedt – Braunschweig
- Ländliche Erwachsenenbildung in Niedersachsen e. V.
- ADS-Regionalgruppe Schöningen

Wir freuen uns über die gute Zusammenarbeit mit der re- gionalen Presse, die unsere Bildungsabende stets gut in ihrer Zeitung platziert.

Wie dem Bericht zu entnehmen ist, konnte im Jahr 2010 die Arbeit des ADHS Deutschland e. V. auf regionaler Ebene weiter ausgebaut und es konnten Teilziele erreicht werden. In diesem Sinne möchten wir die Arbeit der Regionalgruppe Helmstedt auch im Jahr 2011 fortsetzen und intensivieren.

■ Monika Lehmann, Erzieherin, RG Leiterin

Die meisten Menschen  
sind bereit zu lernen,  
aber nur die wenigsten,  
sich belehren zu lassen.

Sir Winston Churchill

# „Leben lernen mit AD(H)S“

## AD(H)S Regionalgruppe Nordenham veranstaltete eine Kinderfreizeit

### „Leben lernen mit AD(H)S“

vom 22. April bis 29. April 2011 auf der Insel Neuwerk im Schullandheim Meereswooge für Familien aus dem nördlichen Landkreis Wesermarsch. Teilnehmer waren Kinder im Alter von 6 – 15 Jahren mit AD(H)S-Diagnose.

### Unsere Motivation

Da betroffene Familien im Alltag häufig an ihre Grenzen stoßen und eine therapeutische Maßnahme vor Ort eher selten angeboten wird, haben wir es uns zur Aufgabe gemacht, eine Therapiewoche für betroffene Familien zu organisieren.

Unterstützt durch Fachleute aus der Umgebung veranstalteten wir in den Osterferien eine Therapie- und Freizeitwoche. Diese beinhaltet sowohl ein Angebot für Eltern, jedoch besonders für deren Kinder.

Für unser Vorhaben ist es uns gelungen, das Schullandheim Meereswooge anzumieten. Eine tolle Unterkunft, die all unsere Vorhaben auch räumlich unterstützt hat.

### Interessantes zur Insel Nordseeinsel Neuwerk

Die Insel gehört zur Freien und Hansestadt Hamburg. Zur Zeit leben 36 Inselbewohner fest das ganze Jahr auf der Insel. Erreichen kann man die Insel zu Fuß, im Wattwagen oder per Schiff. Die Insel ist ca. drei Quadratkilometer groß. Nach etwas mehr als einer Stunde hat man die Insel mit einem gemütlichen Spaziergang umrundet.

Der Leuchtturm auf Neuwerk ist das bedeutendste Bauwerk der Insel. Mit dem Bau des Turms wurde im Jahre 1300 begonnen. Der Bau dauerte zehn Jahre und wurde 1310 fertiggestellt. Die Architektur entspricht der eines, in damaliger Zeit noch häufig gebauten, normannischen Turmhauses. Allerdings brannte der Turm in den 1360er Jahren einmal aus, so dass die Holzteile umfänglich ergänzt werden mussten. Anfangs diente der Turm als Wehrturm. Der dort stationierte Trupp Soldaten sollte die Elbmündung vor See- und Strandräubern schützen. Darüber hinaus war der Turm im Laufe der Jahrhunderte mehrfach Zufluchtsstätte während Sturmfluten. Etwa um 1644 errichtete man in seiner Nähe eine Kohlenblüse (offenes Feuer mit Holz oder Kohle) als Nachtsichtzeichen. Erst 1814 wurde der Wachturm zu einem Leuchtturm ausgebaut

Anfangs noch mit Öllampen betrieben, wurde der Turm 1942 auf elektrischen Strom umgestellt. Im Herbst 2007 wurde die klassische Glühlampe gegen eine Halogenleuchte ausgetauscht.

Der Leuchtturm steht seit 1924 unter Denkmalschutz. Er ist heute der älteste Feuerträger Deutschlands.

Alle Kinder und Betreuer haben die Aussichtsplattform des Turmes im Rahmen der Inselerkundung besucht. 138 Treppeinstufen waren dafür zu überwinden. Viele interessante Fotos der Insel von „oben“ sind dadurch entstanden.

### Die Durchführung

Im Schullandheim Meereswooge haben die Kinder aktiv am Alltagsgeschehen teilgenommen.

Verantwortungsvoll wurden die Kinder in alltägliche Aufgaben, wie z. B. richtige Kleidung, Ordnung und Tagesgeschehen einbezogen.

Die Beteiligung an der Selbstversorgung war eine besondere Anforderung an die Kinder.

Unter Anleitung wurden in Kleingruppen die regelmäßigen Mahlzeiten und auch das Backen von Kuchen vorbereitet und hergestellt. Das gemeinsame Essen mit der gesamten Gruppe war eine tägliche Herausforderung und hat die Integration sehr begünstigt.

Pädagogische Einheiten durch zwei ausgebildete Krankenpfleger und drei Erzieherinnen gaben den Kindern die Chance, ihr impulsives Verhalten, ihre Gefühls- und Wutausbrüche besser kontrollieren zu können.

Ein reichhaltiges Angebot an sportlichen Aktivitäten vermittelte den Kindern eine bessere Körperwahrnehmung und Selbsteinschätzung.

Geleitet von einer Lerntherapeutin fanden regelmäßig Lerneinheiten statt, die zu einem besseren Lernverhalten in der Schule beitragen sollen.

### Unsere Aktivitäten

Der Umgang in der Natur und das Inselleben gaben den Kindern die Möglichkeit, ihre Fähigkeiten zu erkennen und ihr Selbstvertrauen zu erhöhen.

Dies begann Karfreitag mit einer gemeinsamen Wattwanderung zur 11 Kilometer entfernten Insel Neuwerk. Nach etwas über drei Stunden kamen alle 34 Kinder und 12 Erwachsenen auf Neuwerk an. In dieser Zeit erfuhren wir sehr viel über das Ökosystem Wattenmeer durch einen professionellen Wattführer.

Innerhalb der Gemeinschaft erlebten die Kinder ein Leben mit Regeln und Grenzen. Sie profitierten von der Zuverlässigkeit und der Stabilität des Teams.

In Einzel- und Gruppenaufgaben, Beteiligung an Projekten in der Natur und verschiedenen Bewegungsangeboten konnten die Kinder ihre eigene Wahrnehmung und Selbststeuerung erfahren und verbessern.

Zu den Gruppenaufgaben gehörten die Teilnahme am allmorgentlichen Joggen oder Spaziergehen, die Inselerkundung mit dem Besuch der Seehundbänke vor Neuwerk durch die Unterstützung des Naturkundehauses des Vereins Jordsand.

Das Anfertigen von Specksteinen, Basteln von Osterdekoration, einem Tanzworkshop. Erstellen von Inselbildern mit Materialien aus der Natur und das Anfertigen einer kleinen Hand- bzw. Bauchrednerpuppe.

Ein vorbereiteter Inselfragebogen war eine weitere Aufgabe der Kinder, der im Rahmen aller Aktivitäten auf der Insel zu beantworten war. In dem später erstellten gemeinsamen Inseltagebuch können sich die Ergebnisse durchaus sehen lassen.

Der Besuch des Osterfeuers, organisiert von den Inselbewohnern, war ebenfalls eine tolle Veranstaltung, die wir mit der gesamten Gruppe besuchen konnten.

Ein Höhepunkt war auch unsere Nachtwanderung mit der Aufgabe, einen leckeren Seeräuberschatz zu finden. Eines war sicher, der Schatz wurde gefunden und an Ort und Stelle aufgegessen...

Ein Highlight war der Besuch der Vogelinsel Scharhörn, nördlich von Neuwerk, die wir mit einem Wattwagen erreichten. Die Kinder erfuhren viel über das Leben auf der Vogelwarte und dem Brutverhalten der vielen Vögel.

Durch diese Aktivitäten wurde das Nebeneinander-, Miteinander- und Füreinander-Leben thematisiert. Mit der Führung eines Tagebuchs erhielten die Kinder die Möglichkeit der eigenen Dokumentation und Reflexion, wurden in ihren Fähigkeiten unterstützt und erfuhren so eine Motivation, um mit den eigenen Schwächen umzugehen und daran zu arbeiten.

Das 12-köpfige Betreuer- und Pädagogenteam hatte vor Ort Informationen eingeholt und konnte so sinnvoll die Angebote der Insel und des dortigen Naturschutzbundes in die Arbeit mit einbeziehen.

Die Woche war ein unbeschreibliches Erlebnis für alle.

Als Abschluss wurden alle mit insgesamt fünf Wattwagen, gezogen von jeweils zwei Pferden, durch das niedersächsische Wattenmeer wieder zum Festland gebracht.

### **Nachbetrachtung**

Dass die Freizeit ein voller Erfolg war, erfuhren wir bei unserer Nachbetrachtung. Weit über 70 Teilnehmer konnten wir zählen. Bei dem gemütlichen Nachmittag mit Kaffee und Kuchen konnten sich Eltern, Großeltern und Bekannte der Kinder bei einem kleinen Video und vielen, vielen Bildern davon überzeugen, dass eine tolle, erfolgreiche Woche auf Neuwerk stattgefunden hat. Viele Eltern zeigten reges Interesse an der Arbeit der Selbsthilfe, erfuhren somit auch einiges über den ADHS Deutschland e. V. und dessen Organisation.

### **Tolles Feedback aus verschiedenen Schulen**

Viele Kinder haben ihre Begeisterung in Erzählungen in die jeweiligen Schulen getragen. Aus der Lehrerschaft und von den Schulleitungen kamen viele positive und anerkennende Reaktionen. Dies zeigt uns als Selbsthilfegruppe, dass wir mit diesem Konzept auf dem richtigen Weg sind.

### **Herausforderung für die Selbsthilfegruppe und eine funktionierende Elternarbeit vor Ort**

Als die Idee geboren wurde, eine solche Freizeit auf die Beine zu stellen, war uns klar, dass dies eine große Herausforderung für die Selbsthilfegruppe sein wird. Die Elternarbeit außerhalb der Gruppenabende hat trotz vieler persönlicher Berührungspunkte mit AD(H)S vor Ort vorbildlich funktioniert. Der situationsbedingte Austausch mit den Betreuern vor Ort kam dadurch nicht nur den Kindern zu Gute.

Wir als Selbsthilfegruppe möchten uns an dieser Stelle bei allen Eltern, privaten Personen und Firmen bedanken, die uns mit Sach- und Geldspenden unterstützt haben. Wir bedanken uns auch bei allen Betreuern und Helfern für das unermüdliche Engagement. Nur so konnte die Freizeit zu einem tollen Erlebnis werden.

■ Thomas Martinsen  
Regionalgruppe Nordenham  
rg.nordenham@adhs-deutschland.de

Sei du selbst die Veränderung,  
die du dir wünschst für diese Welt.

Mahatma Gandhi

# ADHS – Einnässen als Zufallsbefund oder Komorbidität?

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (nach DSM-IV) beziehungsweise Hyperkinetische Störungen (nach ICD-10) sind die häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Kernsymptome sind Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität. Meist treten diese Symptome schon vor dem Alter von sechs Jahren in mindestens zwei Lebensbereichen auf, zum Beispiel in der Schule und in der Familie, und schränken die schulische und berufliche Entwicklung ein. Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen und bei etwa der Hälfte der betroffenen Kinder verursacht die Störung auch im Erwachsenenalter noch erhebliche Probleme.

Die Diagnostik ist umfangreich und beinhaltet neben der ausführlichen Eigen-, Fremd-, Familien- und Sozialanamnese eine sorgfältige neurologisch-motoskopische Untersuchung. Therapeutisch am wirksamsten ist die Behandlung mit Medikamenten, unterstützt durch psychoedukative Maßnahmen und in ausgewählten Fällen Verhaltenstherapie – insbesondere bei Begleitstörungen [1].

Enuresis ist eine altersabhängig unterschiedlich häufige Störung (zwischen 14% und 5% der 6-12 jährigen sind betroffen, mit einer Remissionsrate von 13% jährlich), die ebenfalls einen erheblichen Leidensdruck für das betroffene Kind und seine Familie erzeugt. Bei einer größeren Anzahl von Kindern mit ADHS besteht eine Enuresis nocturna [2,3,4], ebenfalls zeigen viele eine funktionelle Harninkontinenz mit wiederholt feuchter Hose und Stuhlschmierungen am Tag. Die Literatur dazu ist spärlich, doch scheinen Häufigkeiten von ca. 20-30% in der Altersgruppe der 6-12jährigen

realistisch zu sein [5-11]. Auch in der Gruppe der Kinder, die wegen einer Enuresis in Behandlung kamen, konnte in einem Anteil von bis zu 40 % ADHS [5] nachgewiesen werden. Eine Erfahrung der praktisch tätigen Kinder- und Jugendärzte ist es, dass unter der medikamentösen Behandlung der ADHS mit Stimulanzien oder Atomoxetin in vielen Fällen die funktionelle Harninkontinenz und die Enuresis nocturna schon in den ersten Tagen sistiert. Dabei verblüfft besonders, dass selbst bei einer morgendlichen Gabe von MPH, die unter der therapeutisch wirksamen Dosis liegt, das nächtliche Einnässen aufhört – obwohl abends und nachts mit Sicherheit kein messbarer Spiegel von MPH mehr vorliegt. Studien zur Wirksamkeit von MPH oder ATX auf die Enuresis sind extrem selten [12,13].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Enuresis eine häufige Komorbidität der ADHS darstellt und einen bedeutenden Anteil in der Anamnese und Diagnostik einnehmen sollte. Wenn eine medikamentöse Behandlung der ADHS geplant ist, sollte eine Behandlung der Enuresis hinten gestellt und abgewartet werden, wie sich die Medikation auswirkt. Bleibt die Enuresis oder funktionelle Harninkontinenz auch bei optimaler medikamentöser Therapie der ADHS weiter bestehen, sollten alle diagnostischen und urotherapeutischen Maßnahmen angewendet werden.

Weitere Untersuchungen zu Ursachen, Zusammenhängen und Wirkungen der medikamentösen Therapie sind dringend erforderlich!

Dr. Klaus Skrodzki. Forchheim

## Literatur

1. Grosse, K-P & Skrodzki, K. (2007). ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V. Aktualisierte Fassung Januar 2007. In: Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e. V. Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin. Elsevier, Urban & Fischer. München Jena 2007; auch unter [www.agadhs.de](http://www.agadhs.de) und [www.dgspj.de](http://www.dgspj.de).
2. Gontard A.v., Lehmkuhl G.: Enuresis. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 4, Hogrefe 2009.
3. Skrodzki K., Ruder H., Lettgen B.: Enuresis in children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) [Letter]; Monatsschrift für Kinderheilkunde. 152(5)(pp 569-570), 2004. Date of Publication: May 2004.
4. Stollhoff K.; Schulte-Markwort M.: ADHS und assoziierte Störungen. Paediatric hautnah 16, 5, 256-62 (2004).
5. Elia J., Takeda T., Deberardinis R., Burke J., Accardo J., Ambrosini P.J., Blum N.J., Brown L.W., Lantieri F., Berrettini W., Devoto M., Hakonarson H.: Nocturnal Enuresis: A Suggestive Endophenotype Marker for a Subgroup of Inattentive Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Pediatrics. 155(2)(pp 239-244.e5), 2009. Date of Publication: August 2009.
6. Shreeram S., He J.-P., Kalaydjian A., Brothers S., Merikangas K.R.: Prevalence of enuresis and its association with attention-deficit/hyperactivity disorder among U.S. children: Results from a nationally representative study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 48(1)(pp 35-41), 2009. Date of Publication: January 2009.



7. Wisniewska B, Baranowska W, Wendorff J: The assessment of comorbid disorders in ADHD children and adolescents. *Adv Med Sci.* 2007;52 Suppl 1:215-7.
8. Baeyens D., Roeyers H., Demeyere I., Verte S., Hoebeke P., Vande Walle J.: Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children with nocturnal enuresis: *The Journal of Urology* 2004.
9. Baeyens D., Roeyers H., Demeyere I., Verte S., Hoebeke P., Vande Walle J.: Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) as a risk factor for persistent nocturnal enuresis in children: A two-year follow-up study. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics.* 94(11)(pp 1619-1625), 2005. Date of Publication: Nov 2005.
10. Baeyens D., Roeyers H., Van Erdeghem S., Hoebeke P., Vande Walle J.: The Prevalence of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder in Children With Nonmonosymptomatic Nocturnal Enuresis: A 4-Year Followup Study. *Journal of Urology.* 178(6)(pp 2616-2620), 2007. Date of Publication: Dec 2007.
11. Baeyens D., Roeyers H., Demeyere I., Verte S., Hoebeke P., Vande Walle J.: The Prevalence of ADHD in children with enuresis: Comparison between a tertiary and non-tertiary care sample. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics.* 2006; 95: 347-352.
12. Shatkin J.P.: Atomoxetine for the treatment of pediatric nocturnal enuresis. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology.* 14(3)(pp 443-447), 2004.
13. Berry AK et al: Methylphenidate for Giggle Incontinence. *J Urol.*2009 Aug 18.

# Sie fragen – Experten antworten

## Verkehrsmedizinisches Gutachten bei ADHS vor Zulassung zur Führerscheinprüfung?

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Sohn, ADHSler, nimmt Medikinet ret. 30 mg (nur während der Schulzeit), ist 17 Jahre alt und möchte seinen Führerschein Klasse B machen. Im Straßenverkehrsamt teilte man mir bei der Anmeldung mit, dass er wegen des ADHS - ich hab es dort nach der Frage, ob eine psychische Störung vorliegt, angegeben - ein Attest von der behandelnden Ärztin benötigt, dass er durch das Medikament in seiner Verkehrstüchtigkeit nicht eingeschränkt ist.

Dieses Attest wurde unverzüglich vorgelegt. Nun teilte mir eine weitere Sachbearbeiterin letzte Woche mit, dass ein verkehrsmedizinisches Gutachten eines unabhängigen Gutachters erstellt werden müsste, bevor sie die Zulassung zur Prüfung erteilen könnte.

Meine Frage ist nun: Gibt es ein Gesetz, das diese Untersuchung vorschreibt?

Abgesehen vom zeitlichen Aufwand gibt die ganze Sache meinem Sohn – wie es ihm nun schon häufiger in seinem Leben als ADHSler passiert ist – das Gefühl, ausgegrenzt und als „behindert“ abgestempelt zu werden!!

Mit freundlichen Grüßen

Liebe Frau Meier\*,

in der Tat ist die Zulassungsbehörde gehalten, bei Zweifel über die Zuverlässigkeit und Geeignetheit eines Führerschein-Bewerbers diese Zweifel auszuräumen.

Dies geschieht in vorliegendem Fall in erster Linie durch ein medizinisches Gutachten, nicht durch den berühmter-berühmten „PMU-Test“ (Psychologisch-medizinische Untersuchung beim TÜV) o. ä.

Die ADHS-Betroffenheit hätte von Rechts wegen in dem Antrag gar nicht angegeben werden müssen, soweit sie nicht so massiv ist, dass ein Schwerbehindertenausweis deswegen ausgestellt wurde.

Vielleicht wurde hier voreilig zu viel des Guten getan. So muss man entweder das Gutachten des Verkehrsmediziners abwarten, welcher üblicherweise von der Zulassungsbehörde benannt wird, oder man lässt selbst ein Gutachten von einem in der Liste der Zulassungsstelle aufgeführten Gutachter oder einem in Internet zu findenden Verkehrsmediziner erstellen.

Die letztlich einfachere, soweit machbare, Lösung wäre, den gleichen Führerscheinantrag in einer anderen Zulassungsbehörde zu stellen und ADHS als Diagnose nicht anzugeben.

Mit freundlichen Grüßen

\*Name wurde von der Redaktion geändert

# Kinderwachstumsbeschleunigungsgesetz (KiWaBez)

Als Ergänzung zum Wachstumsbeschleunigungsgesetz hat die Bundesministerin für Bildung und Forschung, Annette Schavan (CDU), in Abstimmung mit Bundesfamilienministerin Kristina Schröder (CDU) Maßnahmen zur Förderung des Wachstums von Kindern und ihrer Bildung beschlossen. Der Entwurf eines Kinderwachstumsbeschleunigungsgesetzes (KiWaBez) soll dem Kabinett gleich nach der Sommerpause vorgelegt werden.

In Anerkennung der Tatsache, dass die Kinder aufgrund ihres immer jüngeren Einschulungsalters am ersten Schultag immer kleiner sind, empfiehlt das Bundesbildungsministerium, dass sie im Vorschulalter schneller wachsen müssten. Dies entlaste nicht zuletzt die Gemeinden als Schulträger, die ansonsten zusätzliche kleinere Schulmöbel anschaffen müssten. Zu diesem Zweck sollen vorschulische Betreuung und Bildung von Kindern effizienter betrieben werden.

Es werde künftig zum Aufgabenbereich der Kindertagesstätten gehören, Wachstumsförderung zu betreiben durch ein verbessertes Essensangebot mit Kraftfutterbeimischung, tägliche Spezialgymnastik mit Streckübungen sowie Elternschulung. „Eltern müssen sich wieder ihrer Rolle besinnen und den Auftrag ernst nehmen, die Kinder groß-zuziehen“, erläuterte Bildungsministerin Schavan. Kindern täglich die Hammelbeine lang zu ziehen sei eine gute Vorbereitung auf den Schulstart, wenn es auf liebevolle Weise erfolge. Ziel sei, dass alle I-Dötzchen wenigstens 1,29 m und alle Schulkinder beim Übergang auf die weiterführende Schule mindestens 1,56 m groß sein sollten.

Zur Förderung des Bildungswachstums seien zusätzlich intelligenzfördernde Maßnahmen beabsichtigt, um einen Mindest-IQ von 120 bei der Einschulung für jedes Kind zu gewährleisten. Dafür sollen ehrenamtliche Senior-Intelligenztrainer aus den Reihen pensionierter Akademiker gewonnen werden. Darüber hinaus werde ein Qualitätssiegel entwickelt, um besonders intelligenzförderndes Spielzeug damit auszuzeichnen. „Das Siegel ‚Genius Plus‘ wird Eltern die heutzutage schwierige Kaufentscheidung bei Spielsachen erleichtern“, ist Schavans Kabinettskollegin Schröder vom Familienministerium überzeugt. Um das Bildungswachstum auch während der Grundschulzeit zu beschleunigen, werde es laut Schavan künftig ab dem 2. Schuljahr bundesweit einheitliche halbjährliche VerA (Vergleichsarbeiten) geben.

In einem ersten Kommentar begrüßte der Bundesverband der Nachhilfewirtschaft die geplanten Maßnahmen. Man werde sie mit einem bedarfsorientierten Angebot an VerA-Vorbereitungskursen flankierend begleiten und dafür nötigenfalls das Filialnetz ausweiten. Auch die Pharmaindustrie äußerte sich zuversichtlich und sieht Wachstumspotenzial bei den Umsätzen für Wachstumshormone. Während der Bundesverband der Kinderärzte vorsichtige Kritik an den geplanten Maßnahmen äußerte, freut sich die Vereinigung der Kurkliniken auf ein Wachstum ihrer Belegungsquoten. Ihr Sprecher sagte: „Neben dem jetzt schon sicheren Geschäft mit Burnout bei Lehrkräften und Erzieherinnen rechnen wir mit einer wachsenden Zahl von Nervenzusammenbrüchen bei Eltern.“ Unterdessen sehen sich Bildungs- und Familienministerium mit ihrer ganzheitlichen Interpretation des Wachstumsbeschleunigungsgesetzes auf einem guten, zukunftsweisenden Weg.

■ Dipl.-Päd. Detlef Träbert

*Schubs*<sup>®</sup> -

**Schulberatungsservice**

Dipl.-Päd. Detlef Träbert  
Rathausplatz 8  
53859 Niederkassel  
Tel.: 0 22 08 / 90 19 89

**Autor**, z.B. von „Null Bock auf Lernen? So fördern Eltern die schulische Leistung ihrer Kinder“, Beltz-Verlag, u.a.m

**Vorträge**, z.B.:

- Hausaufgaben ohne Stress
- Mehr Bock auf Lernen
- Konzentrationsförderung
- Sozialverhalten fördern

**Preiswerte Ratgeber-Bücher aus Restauflagen** (ab € 3,-)

**Konzentrationsfördernde Spiele**

[www.schubs.info](http://www.schubs.info) und  
[www.traebert-materialien.de](http://www.traebert-materialien.de)

# Spenden und Fördergelder im Jahre 2010 Teil 2

Insgesamt erhielten wir auf Bundes- sowie auf Landes- und Regionalebene folgende Spenden (kein Sponsoring) und Fördermittel nach § 20c SGB V seitens der Krankenkassen zur Unterstützung unserer Selbsthilfearbeit.

Förderstelle	Förderart	Bundesverband	LG NRW*	LG Hamburg	LG Schleswig-Holstein
<b>GKV Gemeinschafts- förderung</b>	<b>Pauschalförderung</b>	<b>25.000,00 €</b>	<b>5.465,00 €</b>	<b>1.000,00 €</b>	<b>2.400,00 €</b>
<b>KK Regional</b>	<b>Pauschal</b>				
<b>Krankenkassen Individuelle Förderung</b>	<b>Projektförderung</b>				
DAK	Gruppenleiter- Schulung	4.000,00 €			
BKK		500,00 €			
KKH (2010)	didacta	500,00 €			
KKH (2009)		4.224,06 €			
AOK	Förderung	1.500,00 €			
BEK	Jugendliche	1.500,00 €			
<b>Summe KK</b>		<b>37.224,06 €</b>			
<b>BAG Selbsthilfe</b>	<b>Telefonberatung</b>	<b>3.435,40 €</b>			
<b>Pharmafirmen</b>	<b>Projektspenden</b>				
Jannsen-Cialag	Telefonberatung	2.000,00 €			
Medice		500,00 €			
Shire	RG-Gruppe	250,00 €			
Verschiedene	Freie Spenden für Regionalgruppenarbeit	569,79 €			
Verschiedene	Freie Spenden	4.281,07 €			
<b>Insgesamt</b>		<b>48.260,32 €</b>	<b>5.465,00 €</b>	<b>1.000,00 €</b>	<b>2.400,00 €</b>

\*Korrekturnachtrag zu neue AKZENTE Nr. 88 1/2011

Gebildet ist,  
wer weiß,  
wo er findet,  
was er nicht weiß.

Georg Simmel

Gerhard Roth:

# „Bildung braucht Persönlichkeit“.

Wie Lernen gelingt



**Gerhard Roth:**  
*„Bildung braucht Persönlichkeit.“*  
*Wie Lernen gelingt“*  
 ISBN: 978-3608946550  
 Verlag: Klett-Cotta, Stuttgart 2011  
 Preis: 19,95 €

## Bessere Schule – bessere Bildung

Die Frage, wie Lehren und Lernen besser gelingen können, treibt viele um: Eltern, Politiker, Fachleute und Praktiker. Es gibt auch eine Menge Antworten darauf, aber selten gute, die fachlich fundiert, ebenso wissenschaftlich wie empirisch-praktisch begründet, frei von ideologischem Dogmatismus und vor allem aus mehreren Perspektiven heraus entwickelt sind. Wer könnte solch eine Antwort besser geben als jemand, der sein ganzes Wissenschaftlerleben lang den Spagat zwischen Geistes- und Naturwissenschaften geschafft hat: Gerhard Roth hat nach dem Studium von Philosophie, Germanistik und Musikwissenschaft erst in Philosophie promoviert und nach einem weiteren Studium (Biologie) den Dokortitel in Zoologie erworben. Als Professor für Verhaltensphysiologie und Entwicklungsneurobiologie hat er in Hirnforschung und Neurophilosophie geforscht und veröffentlicht.

Im jüngsten seiner vielen Bücher vertritt er als Hauptthese: „Die Art, wie jemand lehrt und lernt, wird bestimmt durch seine Persönlichkeit“ (S. 35). Doch „Persönlichkeit“ ist hochkomplex; was macht sie aus und wie kann man sie bildend beeinflussen? Roth versteht sein Buch als „Aufforderung zu einem vertieften Dialog zwischen Psychologen, Neurobiologen, Pädagogen-Didaktikern und Schul- und Bildungspraktikern“ (S. 28). Das Ziel des Buches ist es letztlich, einen Beitrag zu einer verbesserten Bildungswirklichkeit in Schule, Aus- und Weiterbildung zu leisten.

In zwölf Kapiteln plus einer Zusammenfassung und zwei Anhängen führt der Autor aus, dass die Persönlichkeit gleichzeitig Voraussetzung und Rahmen für Lehren und Lernen bildet. Als wesentliche Elemente der Persönlichkeitsbildung beschreibt er Stressverarbeitung und Frustrationstoleranz, die Fähigkeit zur Selbstberuhigung, Selbstmotivation, Impulshemmung und den Umgang mit negativen Gefühlen, Bindungsfähigkeit, Empathie sowie Realitätssinn und Risikowahrnehmung. Eine Schule, die sich um diese Persönlichkeitsmerkmale bei Lehrern und Schülern nicht kümmert, kann nicht erfolgreich sein. Die entscheidenden Erfolgsfaktoren sind für ihn Intelligenz, Motivation und Fleiß. Dementsprechend fordert er in Kap. 12 („Bessere Schule, bessere Bildung“) auf, unter wissenschaftlich kontrollierten Bedingungen zu experimentieren,

wo immer es sinnvoll und möglich ist. Es geht ihm dabei um Teambildung in den Lehrerkollegien, um gemeinsam vertretene Bildungs- und Unterrichtskonzepte umzusetzen, anstatt der bisher üblichen individuellen Beliebigkeit von Unterricht. Es geht ihm um die Lehrer-Schüler-Beziehung, die bei den Lehrern Beziehungs- und psychologische Kompetenz voraussetzt und die Zeit erfordert. Es geht ihm um die explizite Förderung der Persönlichkeitsbildung der Schüler und in der Konsequenz auch um den Umgang mit Konflikten und Gewalt in der Schule. Roth geht in seiner Skizze außerdem auf die Lehrerpersönlichkeit ein, auf Unterrichtsformen, die Zeitstruktur des Unterrichts, fächerübergreifende Ansätze, den Unterrichtsraum, den Umgang mit Begabungsunterschieden, Ganztagschule und Wiederholung bzw. Überprüfung des Lernstoffes.

Die Skizze einer derart neu gedachten Schule ist abgeleitet aus den Kapiteln über Persönlichkeit, Emotionen und Motivation, Lernen- und Gedächtnisbildung, Aufmerksamkeit und Arbeitsgedächtnis, Intelligenz, Lernen und Emotionen, Erfolgsfaktoren, Sprache u. a. m. Daher lernt man aus diesem Buch nicht nur sehr viel darüber, warum unser Bildungswesen so ineffizient arbeitet, sondern vor allem eine Menge über die psychologischen Bedingungen erfolgreichen Lernens.

„Bildung braucht Persönlichkeit“ bietet einen großen Schatz an Informationen und Argumenten, um konstruktiv über die Umgestaltung von Schule und Weiterbildung nachzudenken. Das Buch hat aber auch Schwächen, vor allem im Hinblick auf die aktuellen sozialen Realitäten im Lande sowie im völligen Fehlen des Themas „Inklusion“ samt der bisher erworbenen schulpraktischen Erfahrungen mit Heterogenität. Eine Schwäche ist sicher auch die anspruchsvolle Sprache des Buches, die seine Erschließung für Laien trotz ihres oft großen Interesses am Thema erschwert. Dennoch: Selten habe ich eine derart umfassende Aufbereitung des Themenkomplexes „Schule neu denken“ gelesen, die – nicht nur, aber ganz besonders – angehenden und praktizierenden Lehrerinnen und Lehrern die Gelegenheit bietet, über Schule und Unterricht ganzheitlich zu reflektieren. Darüber hinaus ist es für die bildungspolitische Diskussion überaus wertvoll.

■ Dipl.-Päd. Detlef Träbert

Jesper Juul:

# „Elterncoaching: Gelassen erziehen“

Ich lernte während meines Theologiestudiums, dass Ärger ein guter Ausgangspunkt ist, wenn man einem Text auf die Spur kommen will. Denn hinter dem, was einen stört, kann ein Hinweis zum tieferen Verständnis eines Textes stehen. Man muss der Versuchung widerstehen, ihn glätten zu wollen. In dieser Manier verwendete ich Lesezeichen an jeder Stelle in Jesper Juuls „Elterncoaching“, die mich störte oder befremdete. Nach kurzer Zeit war das Buch gespickt mit Papierstreifen und Haftnotizen.

Der „neue Bestseller von Jesper Juul“ (so der Beltz Vlg.) besteht aus thematisch zusammengefassten Gesprächsprotokollen mit Rückblicken. Der Leser/die Leserin hat die Möglichkeit, die eigene Situation wieder zu finden und aus den Erklärungen und Tipps von „Jesper“ Anregungen für die eigene Lage zu finden. Das Buch umfasst vier Kapitel: Willensstarke Kinder; Die Elternrolle; Alltagschaos und Elternbeziehungen. Zugrunde liegt ihm der Rote-Erziehungsfaden des Jesper Juul, man solle mit Kindern ebenso wie mit einem Erwachsenen umgehen (S. 19).

In dieser Weise gibt er als Empfehlung etwa weiter: „Eure Tochter (sic. 3 ½) will kein Baby sein. Stell dir vor, dir würde jemand sagen, was du anziehen sollst! Wenn Kinder ins Trotzalter kommen, sollte man das feiern: „Jippije, du willst! Kannst du das selbst, dann kann ich in der Zwischenzeit meine Zeitung lesen. ... Ich finde, ihr solltet am Samstag eine kleine Party veranstalten, wenn ihr mit ihr redet.“ (S. 37)

Feiern und Jubeln angesichts des Trotzalters ist ebenso angemessen wie Freudentränen im Hinblick auf pubertäres Komasaufen. Da nützten auch Lesezeichen und Hafties nichts. Nein, das geht gar nicht oder nur in Jespers Parallelwelt.



**Jesper Juul:**  
**„Elterncoaching :  
Gelassen erziehen“**  
ISBN: 978-3407859204  
Verlag: Beltz, 2011  
Preis: 17,95 €

Da ich kein Bewohner dieses pädagogischen Kosmos bin, war für mich das Buch auf langen Strecken schlicht unerträglich in seiner Verdrehtheit und Gefühlsduseligkeit.

Nicht im Umgang mit Kindern, sondern im Umgang mit den Umständen, in denen sich die Eltern (bzw. das Elternteil) befinden, zeigt „Elterncoaching“ Stärken. Diese Umstände sind vielfältig und das Buch trägt dem Rechnung. Es geht nicht um die IKEA-Familie (vgl. S. 33), die von Wutanfällen oder Schlafmangel-Attacken erschüttert wird. Sondern es geht um eine Familie, die damit zurecht kommen muss, dass der Vater unter Depressionen leidet. Es geht um eine schwierige Patchwork-Situation oder um eine frischgeschiedene Mutter, die mit der neuen Situation überfordert ist.

Abschließend möchte ich einen Blick darauf werfen, wie „ADHS“ im Elterncoaching behandelt wird. Das Buch will zwar kein Ratgeber für diesen besonderen Erziehungsfall sein, aber im einen oder anderen Gespräch klingt ADHS an. Hier geht Jesper Juul ganz eigene Wege. Er nennt Kinder, die ihre Eltern mit ihrem Eigensinn, Trotz und unbändiger Impulsivität an den Rand ihrer Kräfte bringen, „autonome Kinder“. In einem Gespräch mit einem solchen Elternpaar bemerkt er: „Der Grund, warum ich frage, ist der, dass ich über Kinder forsche, über die noch nicht so viel geschrieben ist, denen ich aber schon häufig begegnet bin.“ Wie sieht wohl die Forschung eines Jesper Juul aus, der der Ansicht ist, dass über solche Kinder noch nicht viel geschrieben wurde?

■ Uwe Metz

Jeder Tag, an dem du nicht lächelst,  
ist ein verlorener Tag.

Charlie Chaplin

Remo H. Largo:

# „Lernen geht anders. Bildung und Erziehung vom Kind her denken“

## Jedes Kind will lernen

Frühförder-Wahnsinn, Nachhilfe-Boom, Erziehungstrainings, PISA-Alarm, Schul-Amokläufe, Disziplinprobleme – die Liste der Themen, die Eltern, ErzieherInnen und Lehrpersonen umtreiben, ist lang und allgemein verunsichernd. Wie können wir unsere Kinder so auf die Welt vorbereiten, dass sie darin ihren sicheren Platz finden werden?

In „Lernen geht anders“ gibt der bekannte Experte für kindliche Entwicklung (bekannteste Bücher: „Babyjahre“; „Kinderjahre“; „Schülerjahre“) und emeritierte Professor für Kinderheilkunde, Remo H. Largo, klare Antworten: „Nur eine Pädagogik, die das individuelle Potenzial jedes Kindes möglichst gut auszuschöpfen vermag, verhilft den Kindern dazu, jene eigenständigen, kreativen und lernbereiten Individuen zu werden, die sich in dieser zunehmend vielseitigen, dynamischen und anforderungsreichen Gesellschaft der Zukunft erfolgreich behaupten können“ (S. 26).

Wie diese Pädagogik aussieht, stellt Largo anschaulich und gut lesbar in seinem jüngsten Buch dar. Der erste Teil gibt einen Überblick über die kindliche Entwicklung. Darin wird deutlich, welche Rolle die Bindung eines Kindes an seine Bezugspersonen für die Entwicklung von Beziehungsfähigkeit, soziale Kompetenzen, Disziplin und Moral spielt. Er zeigt aber auch auf, wie Kinder lernen und warum es selbstbestimmt und mit Bewegung verbunden erfolgen muss. Und er erklärt die Normalität der Verschiedenartigkeit von Kindern; sie entsprechen nun einmal nicht bestimmten Normen und brauchen daher Individualisierung: „Eltern und Lehrer haben die große Aufgabe, das Kind so anzunehmen, wie es ist, sowie seine Individualität und Persönlichkeit von klein auf zu respektieren“ (S. 103).

Der zweite Teil des Buches erklärt daran anknüpfend konkret, wie kindgerechte Bildung und Erziehung aussehen. Grundlage aller Erziehung, darauf verweist Largo immer wieder, ist die vertrauensvolle Beziehung zwischen Kindern und Erwachsenen („Beziehung vor Erziehung“) zu Hause, in Kindertagesstätten und Schulen. Dass der Bildungsprozess im Elternhaus und gewissermaßen bereits am Wickeltisch beginnt, stellt der Kinderarzt deutlich heraus. Er fordert aber auch, Eltern durch qualitativ hochwertige Betreuungsangebote zu unterstützen und entzaubert die typisch deutsche Familienideologie durch Hinweise auf Studien,



**Remo H. Largo:**

**„Lernen geht anders.“**

**Bildung und Erziehung vom Kind her denken“**

ISBN: 978-3896840783

Verlag: edition Körber-Stiftung, Hamburg, 2010

Preis: 14,- €

die Entwicklungsvorteile für Krippenkinder belegen. Er hält eine Gesellschaft für gut beraten, die ihre Ressourcen bevorzugt in die vorschulische Förderung von Kindern und in die Grundschule lenkt.

Auch ein kindgerechtes Bildungssystem skizziert Largo. Hier fasst er kompakt und griffig zusammen, was die Schulforschung der letzten vier Jahrzehnte an gesicherten Erkenntnissen gewonnen hat: mehr Zeit für die Schüler in Ganztagschulen, ein gutes Beziehungsklima im Lehrerkollegium, aber auch zwischen den Schülern, zwischen Lehrern und Schülern sowie zwischen Schule und Elternhaus, Reduzierung der Unterrichtsinhalte auf (wenig) Basiswissen und (vor allem) Lernkompetenz, Individualisierung des Unterrichts, die nur im Verzicht auf Noten Sinn macht und in Gesamtschulen am besten funktioniert, individualisierte Lernrückmeldungen anhand von Kompetenzrastern oder mit Portfolios, anregendes Lernklima durch altersgemischte Lerngruppen und die Integration von Kindern mit Behinderungen. Auch den 45-Minuten-Rhythmus des Unterrichts stellt er in Frage. Ob diese Forderungen durchsetzbar sind? Nun, im Jahre 1904 diskutierte die Konferenz der Gymnasialdirektoren noch ernsthaft, ob Schülerfragen im Unterricht zugelassen werden sollten...

Alle seine Ausführungen untermauert der international renommierte Kinderarzt und Entwicklungsforscher mit bekanntem Wissen über Kinder und ihr Wesen. Da die Welt sich mittlerweile so rasant verändert, dass niemand weiß, welche Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen die heutigen Kinder in 20 Jahren brauchen werden, gilt es, sie in ihrer Lernfreude und ihrem Selbstwertgefühl zu stärken.

„Die Zukunft ist nur schwer voraussehbar, und so fehlt uns weitgehend die Vorstellungskraft, wie die zukünftige Schule aussehen muss. Einen sicheren Orientierungspunkt jedoch gibt es: die Kinder als lernende Wesen. Auf sie sollten wir die Schule ausrichten“ (S. 175).

Der Klappentext hat durchaus recht: Das Buch ist in der Tat „eine leidenschaftliche Ermutigung für Eltern und Lehrer“ und darum allen zu empfehlen, die sich für Erziehung und Bildung interessieren.

■ Dipl.-Päd. Detlef Träbert

## Mitgliederversammlung/Symposium 2012

28.04. – 29.04.2012 in Böblingen

Parallel dazu findet wieder eine Jugendveranstaltung statt. Weitere Informationen veröffentlichen wir demnächst im Internet und in der kommenden Ausgabe unserer Vereinszeitschrift.



*Wenn intelligente Kinder schlechte Noten schreiben...*

**HEBO** ...mit Freude erfolgreicher lernen  
die Privatschule

## ABITUR und MITTLERE REIFE

Auch bei Versetzungs- und Aufnahme-problemen an öffentlichen Schulen jederzeitige Einschulung in Klasse 5-13 möglich.

KLEINE KLASSEN, FÖRDERUNTERRICHT, HAUSAUFGABENBETREUUNG, AG`s, INDIVIDUELLE FÖRDERUNG + BETREUUNG, INTENSIVFÖRDERUNG bei ADHS und TEILLEISTUNGSSTÖRUNGEN, SCHULPSYCHOLOGISCHE TESTUNG, JOB COACHINGKURSE, MITTAGESSEN, auf Wunsch soz. pädag. Wohneinrichtung/ Internat

Staatlich anerkannte Ergänzungsschule



## Fortbildungstermine der Telefonberater

### Fortbildung/Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 16.09.2011 - Sonntag, 18.09.2011

Christophorushaus

Am Hasselholt 1

23909 Bäk

### Fortbildung/Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 03.02.2012 - Sonntag, 05.02.2012

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

### Fortbildung/Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 30.03.2012 - Sonntag, 01.04.2012

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

### Fortbildung/Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 15.06.2012 - Sonntag, 17.06.2012

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

## Fortbildungstermine der Landesgruppen

### Landesgruppe Baden-Württemberg/Hessen:

24./25. September 2011

### Landesgruppe Bayern:

Stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest

### Landesgruppe Hamburg/Schleswig-Holstein:

aufgrund der geringen Größe keine eigene Fortbildung  
Gemeinsame Fortbildung mit NS am 15./16.09.2012

### Landesgruppe Niedersachsen / Bremen:

15./16. September 2012 in Githorn

### Landesgruppe Nordrhein-Westfalen:

02./03. Juni 2012 in Münster

### Landesgruppe Thüringen:

Stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest

## Fortbildungstermine Junges Beraternetz

### **Samstag, 24.09.2011 - Sonntag, 25.09.2011**

(Anreise 23.09.2011)

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

### **Samstag, 21.01.2012 - Sonntag, 22.01.2012**

(Anreise 20.01.2012)

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

### **Samstag, 22.09.2012 - Sonntag, 23.09.2012**

(Anreise 21.09.2012)

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

## Fortbildungstermine der E-Mail-Berater

### **Freitag, 30.09.2011 - Sonntag, 02.10.2011**

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

### **Freitag, 12.10.2012 - Sonntag, 14.10.2012**

Christophorushaus

Am Hasselholt 1

23909 Bäk



# Unsere beliebtesten Ratgeber



Hans-Ulrich Dombrowski  
**Wieder Zuversicht gewinnen**

Es ist möglich, aus dem Loch der Depression herauszukommen und Lebensfreude zu gewinnen. Das Buch möchte Mut machen, Ihr Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen.

ISBN 978-3-932096-11-2  
106 Seiten | € 18,-



Hans-Ulrich Dombrowski  
**Ordnungen der Seele**  
Einstellungen für ein gesundes Leben

Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass Einstellungen und Verhaltensweisen irgendwann im Leben gelernt werden und deshalb auch wieder verlernt werden können.

ISBN 978-3-932096-79-2  
158 Seiten | € 18,-



Heribert Unland  
**Nichtraucher werden und bleiben**

**Mit frischem Wind gegen den blauen Dunst**  
Damit wird Ihre Entwöhnung zwar nicht einfach – das geht auch nicht mit der besten Methode – aber einfacher als Sie denken.

ISBN 978-3-932096-07-5  
60 Seiten | € 18,-



Christof T. Eschenröder  
**Selbstsicher in die Prüfung**

Dieses Buch möchte zeigen, dass wir keine hilflosen Opfer unserer Ängste sind. Auch Sie können es lernen, angsterzeugende Einstellungen zu überwinden.

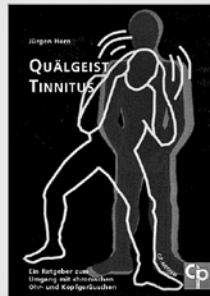
ISBN 978-3-932096-24-2  
109 Seiten | € 18,-



Hans-Ulrich Dombrowski  
**Lösungswege bei Alkoholproblemen**

Ein Modell, das Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit als fehlgeschlagenen Bewältigungsversuch versteht, um mit den anfallenden Problemen erfolgreich umgehen zu können

ISBN 978-3-932096-14-3  
119 Seiten | € 18,-



Jürgen Horn  
**Quälgeist Tinnitus**

Grundinformationen rund um das Thema Ohrgeräusche, die den heimsuchenden Störenfried Tinnitus etwas menschlicher erscheinen lassen. Es wird viel Wert darauf gelegt, dass der Tinnitus jenem grundlegenden Lebensparadox gehorcht, nach dem sich nur das verändern kann, das akzeptiert wird.

ISBN 978-3-932096-39-6  
149 Seiten | € 18,50



Willi Ecker  
**Die Krankheit des Zweifels**

**Wege zur Überwindung von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen**  
Sehr detaillierte Darstellung der Zwangsphänomene und ihrer Behandlungsmöglichkeiten.

ISBN 978-3-932096-13-6  
137 Seiten | € 18,-



Achim Stenzel  
**Schmerzen überwinden**  
30 psychologische Techniken zur Schmerzkontrolle

Noch bevor die Psychotherapie beginnt ist das Wissen um das Phänomen Schmerz und um die Möglichkeiten eines wirksamen Umgangs damit eine große Hilfe. Sofort umsetzbar.

ISBN 978-3-932096-35-8  
110 Seiten | € 18,-



Hans-Ulrich Dombrowski  
**Angst erfolgreich überwinden**

Effektive Strategien zur Angstbewältigung.

ISBN 978-3-932096-12-9  
111 Seiten | € 18,-



Serge K. D. Sulz, Julian Sulz  
**Emotionen: Gefühle erkennen, verstehen und handhaben**

Gefühle erkennen ist ein wesentlicher Aspekt emotionaler Intelligenz und ermöglicht bessere zwischenmenschliche Beziehungen. Mit Gefühlen umgehen können, ist die Voraussetzung für dauerhaft gute Beziehungen. Beides ist erlernbar. Der Juniorautor arbeitete mit jungen Schauspielern und fotografierte deren Ausdruck von Gefühlen. Sie waren emotional ganz in der betreffenden Situation und fühlten diese Gefühle wirklich. 43 Farbfotos.

ISBN 978-3-932096-41-9  
206 Seiten | € 37,-

**Entspannung und Mentales Training mit Musik**  
Begleit-CD zum Buch  
Entspannungsübungen,  
Mentales Training

ISBN 978-3-932096-70-9  
€ 10,-



**www.cip-medien.com**

Bestellen Sie direkt über Herold Verlagsauslieferung  
m.spielhaupter@herold-va.de | Raiffeisenallee 10 | 82041 Oberhaching  
Tel. 0 89-61 38 71 24 | Fax 0 89-61 38 71 55 24



## Geschäftsführender Vorstand

1. Vorsitzender: **Hartmut Gartzke**  
30916 Isernhagen  
vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzender: **Dr. Johannes Streif**  
81541 München  
vorstand2@adhs-deutschland.de
- Schatzmeisterin: **Karin-Gisela Seegers**  
14055 Berlin  
seegers-berlin@t-online.de
- Schriftführer: **Patrik Boerner**  
boerner@p-boerner.de  
schriftfuehrer@adhs-deutschland.de

## Weitere Vorstandsmitglieder

- Europäische Kontakte: **Detlev Boeing**  
B-3080 Tervuren  
adhs@telenet.be
- Unterstützung  
des Vorstandes: **Herta Bürschgens**  
52249 Eschweiler  
adhsde.buerschgens@gmx.de
- Telefonberatungsnetz: **Gerhild Gehrman**  
25336 Elmshorn  
telefonberatung@adhs-deutschland.de
- E-Mail-Beratung:  
Junges Beraternetz: **email-beratung@adhs-deutschland.de**  
jugendberatung@adhs-deutschland.de
- Erwachsenen-ADHS: **Dr. Astrid Neuy-Bartmann**  
63739 Aschaffenburg
- Webredaktion: **Sabine Nicolei**  
38527 Meine  
webredaktion@adhs-deutschland.de
- Kinder und  
Jugendliche mit ADHS: **Dr. Klaus Skrodzki**  
91301 Forchheim
- Juristische  
Angelegenheiten: **Reinhard Wissing**  
96049 Bamberg

## Unterstützung des Verbandes

- Geschäftsführung: **Dr. Myriam Menter**  
91056 Erlangen  
gf@adhs-deutschland.de
- Ernährung/  
Stoffwechsel-  
besonderheiten: **Renate Meyer**  
61381 Friedrichsdorf  
meyer.koeppern@t-online.de
- Jugendteam: **jugendberatung@adhs-deutschland.de**

## Wissenschaftlicher Beirat

- Dr. Johanna Krause,**  
Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und  
Psychotherapie, Ottobrunn
- Prof. Dr. Klaus-Henning Krause,**  
Friedrich-Baur-Institut, Uniklinik München
- Prof. Dr. Gerhard W. Lauth,**  
Universität Köln
- Prof. Dr. Klaus-Peter Lesch,**  
Universität Würzburg
- Prof. Dr. Gudrun Ludwig,**  
Fachhochschule Fulda
- Dr. Martin Ohlmeier,**  
Direktor des Ludwig-Noll-Krankenhauses, Kassel
- Dr. Alexandra Philipsen,**  
Universitätsklinikum Freiburg
- Dr. Helga Simchen,**  
Kinder- und Jugendpsychiaterin,  
Psychotherapeutin, Mainz
- Prof. Dr. Götz-Erik Trott,**  
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Aschaffenburg

## Landesgruppenleiter

- |                            |                              |
|----------------------------|------------------------------|
| Baden-Württemberg          | B.Sonnenmoser/K.-Heinz Fuchs |
| Bayern                     | Brigitte Nagler              |
| Berlin                     | Karin-Gisela Seegers         |
| Hamburg/Schleswig-Holstein | Christiane Eich              |
| Hessen (kommissarisch)     | Uwe Metz/Bärbel Sonnenmoser  |
| Niedersachsen/Bremen       | Hartmut Gartzke              |
| Nordrhein-Westfalen        | Herta Bürschgens             |
| Thüringen                  | Andrea Wohlers               |

**ADHS**  
**DEUTSCHLAND e.V.**  
**Selbsthilfe für Menschen mit ADHS**

Bundesgeschäftsstelle  
Postfach 41 07 24  
12117 Berlin

Selbsthilfegruppen- u. Kontaktadressen,  
Information, Versand:  
Fon 030 - 85 60 59 02  
Fax 030 - 85 60 59 70  
Mo 10:00-12:00 Uhr, 14:00-16:00 Uhr  
Di, Do, Fr 10:00-12:00 Uhr  
e-mail: info@adhs-deutschland.de  
Besuchen Sie uns unter  
www.adhs-deutschland.de

- Beratung für Betroffene und Interessierte
- Schulung und Fortbildung zum Thema ADHS
- Informations- und Öffentlichkeitsarbeit
- Networking
- Fachbücher und Infomaterial aus eigenem Verlag
- Verbandszeitschrift **neue AKZENTE**

## ADHS Deutschland e.V.

Poschingerstr. 16; 12157 Berlin  
Tel.: 030 / 85 60 59 02  
Fax: 030 / 85 60 59 70

E-Mail: [info@adhs-deutschland.de](mailto:info@adhs-deutschland.de)  
Internet: [www.adhs-deutschland.de](http://www.adhs-deutschland.de)

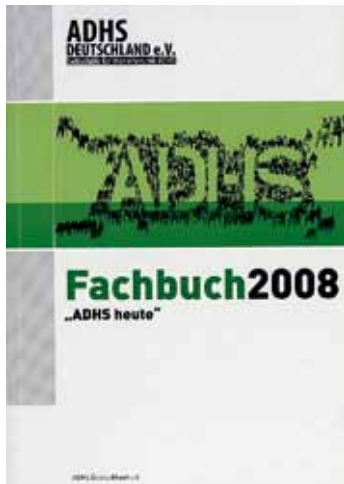
### Spendenkonto:

Berliner Volksbank eG  
BLZ 100 900 00  
Konto-Nr. 7 490 241 005

### Beitragskonto:

Volksbank Hannover  
BLZ 251 900 01  
Konto-Nr. 221 438 500

## Aus unserem Verlag:



ADHS Deutschland e.V. (Hrsg.)  
"ADHS heute"

ADHS Deutschland Verlag, 2008,  
ISBN 978-933067-15-9

€ 9,50

Dieses Fachbuch behandelt drei aktuelle Themen: die Genderproblematik, d.h. in wie weit Männer anders betroffen sind als Frauen; Cognitive Enhancement, d.h. die Möglichkeit, mit Psychopharmaka, zu denen auch Methylphenidat zählt, seine geistige Leistungsfähigkeit zu steigern und die immer wiederkehrende Diskussion, ob es sich bei ADHS nicht doch um eine „Modekrankheit“ handelt.



Regina Rusch  
"Zappelhannes"

ADHS Deutschland Verlag, 2009  
ISBN 978-3-933067-16-6

€ 6,80

Hannes ist nicht dumm, im Gegenteil. Aber er kann nicht stillsitzen. Er kann sich nur dann konzentrieren, wenn ihn nichts ablenkt und er ganz bei der Sache bleiben darf. Und es fällt ihm auch sehr schwer, unterschiedliche Tätigkeiten aufeinander abzustimmen: Zu leicht rollt ihm dann ein Ei vom Tisch, oder er fällt mit dem Fahrrad um. Die Eltern und die anderen Erwachsenen haben es nicht leicht mit einem hyperaktiven Kind. Sie müssen viel Geduld mit Hannes haben. Und doch kann man bei aller Sorge um Hannes mit ihm über seine Mißgeschicke lachen.



ADHS Deutschland e.V. (Hrsg.)  
"ADHS und Recht"

ADHS Deutschland Verlag, 2011  
ISBN 978-3-933067-17-3

€ 9,50

HKS/ADHS und rechtliche Aspekte

Versicherung und ADHS

Ist ADHS eine Behinderung?

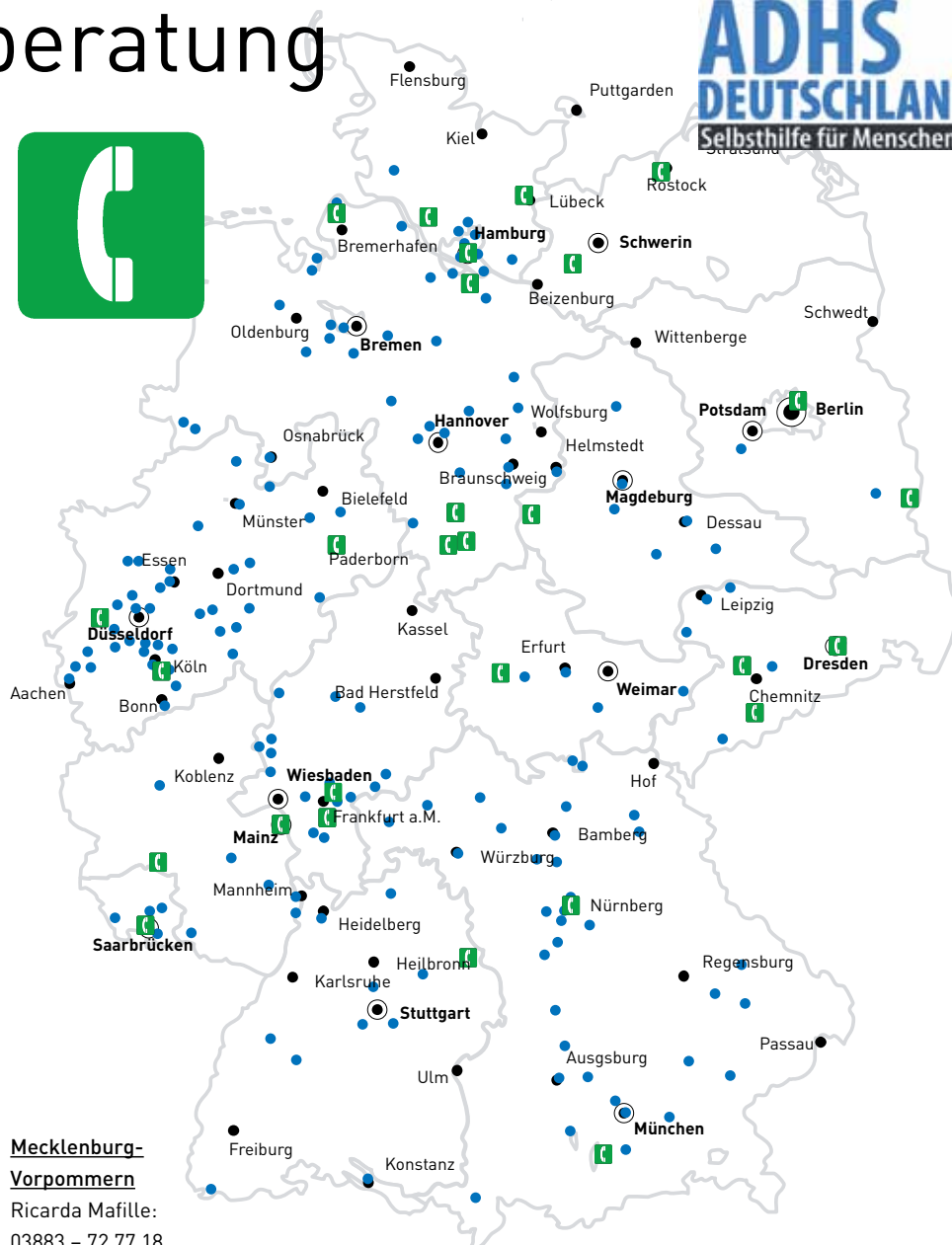
Hilfe für Menschen mit Behinderungen – spezielle Problematik bei ADHS

Leistungspflichten der Jugendämter gegenüber Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen mit ADHS

# Telefonberatung



**ADHS  
DEUTSCHLAND e.V.**  
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS



## Bayern

Ingrid Meyer-Kaufmann:  
0911 – 9 56 63 51  
Michaela Nagy:  
09180 – 90 97 16  
Karin Straußberger-Christoph:  
0911 – 7 66 53 30  
Ruth Wissing:  
0951 – 9 68 47 89  
Carolin Zaswoka:  
09542 – 77 26 89

## Baden – Württemberg

Bernd Kaspar:  
07957 – 9 26 96 91  
Uwe Metz  
07152 – 6 10 47 20

## Berlin

Karin-Gisela Seegers:  
030 – 3 01 97 14

## Brandenburg

Kerstin Maschke:  
03561 – 6 66 11

## Bremen und Umgebung

Sabine Bernau:  
04793 – 93 10 21  
0170 – 2 46 27 44  
Ellen Köster-Schmidt:  
0421 – 6 97 99 91

## Hamburg und Umgebung

Pitt Lau:  
040 – 43 91 06 08  
Birgit Weigel:  
040 – 68 91 50 23  
Daniel Meyer:  
040 – 87603296

## Hessen

Dagmar Beyer-Schweinsberg  
05684 – 16 59  
Regina Schubert:  
069 – 98 55 68 23  
Judith Prinzessin  
zu Sayn-Wittgenstein:  
06043 – 9 84 00 16

## Mecklenburg- Vorpommern

Ricarda Mafille:  
03883 – 72 77 18  
Karin Heynen:  
0381 – 70 07 59 25

## Niedersachsen

Sabine Nicolei:  
05304 – 93 91 33  
Angela Schwager:  
05554 – 99 56 46  
*(Kreis Wesermarsch)*  
Ellen Köster-Schmidt:  
0421 – 6 97 99 91

## NRW

Karin Knudsen:  
0221 – 3 56 17 81  
Ulrike Vlck:  
02161 – 53 17 39

## Rheinland-Pfalz

Sabine Berg  
0651 – 4 63 78 78

## Sachsen

Susanne Albrecht:  
037341 – 4 98 30

## Schleswig-Holstein

Gerhild Gehrman:  
04121 – 80 72 72  
Barbara Bargelé:  
0451 – 2 03 61 60  
Carola Kliemek  
0461 – 3 15 37 72

## Saarland

Sabine Berg  
0651 – 4 63 78 78

## Thüringen

Regina Schrage:  
03691 – 87 22 22

Obwohl alle Bundesländer besetzt sind,  
benötigen wir noch Verstärkung:  
Unsere Gruppenleitungen und Kontaktpersonen stehen ebenfalls für die Beratung zur Verfügung. Die aktuellen Adressen entnehmen Sie bitte unseren Internetseiten [www.adhs-deutschland.de](http://www.adhs-deutschland.de) oder fordern diese bei der Geschäftsstelle an.

ADHS Deutschland e. V.  
Poschingerstr. 16  
12157 Berlin  
Tel. 030-85605902